N. N. GHEORGHIU
CR. DRAGOMIRESCU
C. RĂUȚ
C. IONESCU-TÎRGOVIȘTE
ȘTEFANIA CIUCĂ

MANUAL DE ACUPUNCTURĂ

Prof. dr. doc. **N. N. GHEORGHIU**
dr. **Cr. DRAGOMIRESCU**
dr. **C. RĂUȚ**
dr. **C. IONESCU-TÎRGOVIȘTE**
dr. **ȘTEFANIA CIUCĂ**

MANUAL DE ACUPUNCTURĂ

EDITURA MEDICALĂ – BUCUREȘTI, 1974

Coperta de: VIOLETA COMȘA

PREFAȚĂ

Străvechea metodă extrem-orientală „acupunctura" a fost multă vreme practicată în mod cvasiempiric, o serie de principii ale extrem-orientalilor fiind traduse în practică numai pe baza tradiției și fără discernămîntul științific necesar.

Dacă pe lîngă acestea luăm în considerare faptul că o serie de medici, dintre care unii fără o calificare deosebită, au aplicat acupunctura, aceasta fiind economicoasă și ușor de aplicat, găsim explicația de ce acupunctura n-a fost apreciată la justa valoare sau a fost chiar desconsiderată. Unii „acupunctori" aplicau metoda în boli incurabile, cu leziuni organice definitive (cancer, hemiplegie etc.), astăzi știindu-se că metoda este eficientă numai în afecțiuni cu predominanția unor semne funcționale sau generale, în care durerea este preponderentă.

Lucrări destul de recente ale unor autori anglo-saxoni, francezi, sovietici, japonezi, chinezi, coreeni și chiar români, dintre care nu omitem pe autorii acestui manual, au căutat să stabilească bazele științifice ale metodei, reușind dacă nu în totalitate, cel puțin să restrîngă cadrul ipotezelor.

Avînd în vedere că în ultimii ani, și mai ales după înființarea Cercului de acupunctură din cadrul U.S.S.M., o serie de medici din București și din țară practică cu destul succes această metodă și avînd în vedere că cei care practică acupunctura sînt din ce în ce mai solicitați de bolnavi, am socotit necesar elaborarea acestui manual, primul în limba română, prin care să difuzăm o serie de date clinice și experimentale, date privind tehnica metodei, pentru a pune la îndemîna medicilor valoarea metodei bazată pe datele tradiționale și pe cele ale cunoștințelor științifice moderne, trecute prin filtrul experienței noastre.

Dorința noastră a fost ca în acest prim manual să dăm date esențiale, eliminînd discuțiile ancestrale cu conținut metafizic.

Prin „formularul terapeutic" şi materialul iconografic, dorim să venim în ajutorul celor care vor să cunoască şi eventual să practice „acupunctura".

Am optat pentru termenii clasici, evitînd denumirile multiple pentru acelaşi punct sau meridian, care riscă să creeze unele confuzii.

Ne-am propus ca această primă ediţie din ţara noastră să fie urmată de o ediţie mai completă, bazată pe eventualul succes, dar mai ales pe necesitatea aprofundării metodei de către cititorii care în spirit critic vor putea deveni adepţi la nivelul ştiinţific actual al străvechii terapii orientale.

Trebuie să mulţumim conducerii Editurii Medicale şi organelor tehnice ale acesteia care, învingînd unele prejudecăţi ale corpului medical, ne-au acordat încrederea necesară şi au asigurat prezentarea spre difuzare a acestui material.

N. N. Gheorghiu

1 iulie 1973

CUPRINS

	Pag.
Prefaţa	3
Date istorice	7
1. **MORFOFIZIOLOGIA TEGUMENTULUI**	10
1.1. Structura pielii	10
1.2. Funcţiile pielii	13
1.3. Proprietăţile pielii	13
1.3.1. Proprietăţile enzimatice	13
1.3.2. Proprietăţile electrice cutanate	14
1.3.3. Proprietăţile de a reflecta modificările patologice în funcţiile organelor interne	15
1.3.4. Proprietatea de a influenţa activitatea organelor interne	16
1.3.5. Proprietăţile zonelor cutanate utilizate în acupunctură	17
1.3.5.1. Caracteristici anatomice	17
1.3.5.2. Caracteristici funcţionale	18
2. **ACUPUNCTURA EXPERIMENTALĂ**	20
2.1. Acţiunea acupuncturii asupra sîngelui	21
2.2. Acţiunea acupuncturii asupra glandelor endocrine	22
2.3. Acţiunea acupuncturii asupra aparatului circulator	25
2.4. Acţiunea acupuncturii asupra tubului digestiv	32
2.5. Acţiunea acupuncturii asupra dinamicii uterine	33
2.5.1. În travaliu normal	33
2.5.2. În adinamie uterină	34
2.5.3. În hipotonie şi hipokinezie uterină	34
2.5.4. În diskinezie uterină şi cu instabilitate de tonus	34
3. **MECANISMUL DE ACŢIUNE A ACUPUNCTURII**	36
4. **BAZELE TRADIŢIONALISTE ALE MEDICINEI EXTREM-ORIENTALE**	44
5. **MERIDIANELE ŞI PUNCTELE**	55
5.1. Meridiane principale	56
5.1.1. Meridianul principal al plămînilor	58
5.1.2. Meridianul principal al intestinului gros	60
5.1.3. Meridianul principal al stomacului	61
5.1.4. Meridianul principal al splinei-pancreasului	64
5.1.5. Meridianul principal al inimii	67
5.1.6. Meridianul principal al intestinului subţire	68
5.1.7. Meridianul principal al vezicii urinare	70
5.1.8. Meridianul principal al rinichilor	74

5.1.9. Meridianul principal vase-sex 76
5.1.10. Meridianul principal trei (triplu) focare 77
5.1.11. Meridianul principal al veziculei biliare 78
5.1.12. Meridianul principal al ficatului 80
5.2. Meridiancle curioase 82
5.2.1. Tou-Mo (vasul guvernor) 83
5.2.2. Jenn-Mo (vasul de concepţie sau director) 86
5.2.3. Tchong-Mo (vasul strategic) 89
5.2.4. Tae-Mo (vasul centură) 90
5.2.5. Inn-Keo (vasul forţei şi mişcării — vasul Călcîiului) . . 90
5.2.6. Yang-Keo (vasul Yang al mişcării şi forţei) 91
5.2.7. Inn-Oe (vasul Inn de legătură) 91
5.2.8. Yang-Oe (vasul Yang de legătură) 92
6. **DIAGNOSTICUL DIN PUNCTUL DE VEDERE AL ACUPUNCTURII** 93
6.1. Examenul bolnavului 93
6.2. Pulsurile chineze 95
7. **INDICAŢIILE ŞI LIMITELE ACUPUNCTURII** 102
7.1. Contraindicaţii, erori, incidente 104
8. **TEHNICA TRATAMENTULUI PRIN ACUPUNCTURĂ** 107
8.1. Acele de acupunctură 107
8.2. Localizarea punctelor 108
8.3. Înţeparea punctelor 109
8.4. Tehnica de tonifiere şi de dispersie 109
8.5. Numărul punctelor utilizate 112
8.6. Numărul şedinţelor 112
8.7. Alegerea punctelor 113
9. **FORMULAR TERAPEUTIC** 114
9.1. Puncte cu acţiune generală 114
9.2. Puncte cu acţiune limitată 114
9.3. Puncte simptomatice 114
9.4. Puncte organotrope 115
9.5. Puncte segmentare 115
9.6. Asocieri de puncte 116
9.7. Puncte cu acţiune specifică 117
9.8. Afecţiuni circulatorii 117
9.9. Tulburări cardiace 118
9.10. Tulburări ale circulaţiei arteriale 118
9.11. Tulburări ale circulaţiei venoase 118
9.12. Anemii 119
9.13. Afecţiuni respiratorii 119
9.14. Afecţiuni digestive 119
9.15. Afecţiuni urinare 120
9.16. Afecţiuni ginecologice-obstetricale 121
9.17. Afecţiuni ale organelor de simţ 121
9.18. Afecţiuni dermatologice 122
9.19. Afecţiuni endocrine 122
9.20. Afecţiuni ale sistemului nervos 123
9.20.1. Paralizii, pareze 124
9.21. Afecţiuni reumatice 125
10. **ANESTEZIA PRIN ACUPUNCTURĂ** 126
11. **ATLAS** 131
12. **BIBLIOGRAFIE** 166

DATE ISTORICE

Medicina orientală, în cadrul căreia acupunctura constituie numai una din metodele terapeutice, a început să fie practicată organizat încă înaintea mileniului III î.e.n. în China, India, Japonia, Coreea.

Datorită multitudinii de cunoştinţe, în timpul dinastiei Han (sec. III î.e.n.), împăratul Roang-Ti a ordonat sistematizarea şi înregistrarea lor, creînd astfel premisele redactării celui mai vechi tratat, „Nei King", canonul medicinei interne, completat la scurt timp de comentarii, cuprinse în volumul lui So-Ouenn.

În anul 984 e.n. medicul japonez Yasuyovi Tamba a redactat, pe baza experienţei şcolilor chineze şi japoneze, primul tratat de acupunctură în această ţară, intitulat „Ishiu Po", iar în 1068 a fost înfiinţată în China prima şcoală superioară imperială pentru studierea acupuncturii.

Începînd din anul 1207 e.n., în China există statui de bronz cu destinaţie didactică, pe care punctele de acupunctură sînt marcate cu o precizie excepţională, în dreptul fiecăruia fiind notată profunzimea pînă la care trebuie introdus acul, exprimată în diviziuni ale distanţei dintre pliurile interfalangiene ale mediusului individului, pe faţa radială.

În secolul IV î.e.n. un acupunctor rămas celebru, Pienn-Tsio, a publicat lucrarea în 4 volume intitulată „Nann King" (Tratat despre probleme dificile), iar sub egida lui Hoang-Fu-Mi s-a redactat între 215—282 e.n. cartea „Tsia Y King" (Principiile unu şi cinci). În anul 1258 e.n. a fost redactat tratatul „Chi See King Fa Houei" (Circulaţia celor 14 meridiane) de către Hoa Pa Jenn, iar în anul 1576 „Tchi King Fa Mo Krao" (Contribuţii la studiul celor 9 meridiane) de către Li Che Tchenn.

În anul 1571, Harvieu publică pentru prima oară în Europa o lucrare despre acupunctură, lucrare care a creat premisele practicării ei rudimentare de către o serie de personalităţi medicale celebre: Récamier, Laënnec, Trousseau, Cloquet, Berlioz, Sarlandière etc.; în secolul următor misionarul P. Amiens publică în limba latină un compendiu de acupunctură.

Introducerea acupuncturii în medicina occidentală este legată însă de numele diplomatului şi scriitorului francez Georges Soulié de Morant. Educaţia pe care a primit-o i-a dat posibilitatea ca la vîrsta de 18 ani, cînd a intrat în serviciul diplomatic, să vorbească perfect dialectul mandarin, în care s-a exprimat multe secole elita culturii chineze. În anul 1929, fiind consul francez la Iunan, a constatat cu surprindere, în cursul unei epidemii de holeră, că bolnavii cei mai gravi, trataţi prin metodele medicinei tradiţionale orientale, erau salvaţi în majoritate, în timp ce pacienţii trataţi după concepţiile europene mureau în proporţie de peste 50%. Acest lucru l-a incitat pe Soulié de Morant să studieze bazele medicinei orientale, reuşind să realizeze acest deziderat în cîţiva ani, datorită cunoştinţelor sale superioare în domeniul culturii şi etichetei extrem-orientale care-i deschideau accesul în orice sferă.

Imediat înaintea celui de-al doilea război mondial, cînd se întoarce în Europa, publică „Précis de Vraie Acupuncture Chinoise", iar în anul 1960, lucrarea în 5 volume „L'Acupuncture Chinoise", fondînd şi una din societăţile franceze de acupunctură.

În aceeaşi perioadă au editat cărţi de valoare Champfrault („Traité de médecine chinoise" în 6 volume), Ferreyrolles, Voisin, Goux, de la Fuye (care a fondat Societatea internaţională de acupunctură), Gerhard Bachman (care a editat tratatul în 2 volume „Lehrbuch der Akupunktur"), E. Stiefvater, Felix Mann. În anul 1958 a luat fiinţă, în cadrul Policlinicii Colţea, primul serviciu de acupunctură, condus de către prof. N. N. Gheorghiu şi dr. Cr. Dragomirescu, care au organizat începînd din acel an şi cercul de acupunctură din cadrul U.S.S.M. În ultimii ani au contribuit la dezvoltarea acupuncturii în ţara noastră dr. T. Crăciun, dr. C. Ionescu-Tîrgovişte, dr. C. Răuţ, dr. I. F. Dumitrescu şi alţii. Contribuţii remarcabile au fost aduse de asemenea de către dr. I. Bratu, C. Stoicescu, V. Prodescu etc.

Literatura medicală anglo-saxonă, care ignora medicina orientală pînă relativ recent, acordă din ce în ce mai mare atenţie acestei probleme. Rapoartele ştiinţifice ale personalităţilor medicale care s-au documentat în R. P. Chineză asupra rezultatelor metodei, sînt publicate şi comentate *in extenso,* cu atenţie, interesul practicienilor începînd să crească vizibil. În prezent sînt editate în S.U.A. „American Journal of Chinese Medicine" şi „American Journal of Acupuncture".

În momentul de faţă, Societatea internaţională de acupunctură cu sediul la Paris, care editează „Nouvelle revue international d'Acupuncture", însumează eforturile a numeroase societăţi naţionale, promovează cercetarea ştiinţifică în acest domeniu şi apără prestigiul metodei şi al celor ce o practică împotriva tuturor criticilor incompetente ori lipsite de probitate.

Anual sînt organizate congrese de către societăţile naţionale de acupunctură din Franţa, R. F. Germania, Austria, Japonia, Hong-Kong, Argentina. În Marea Britanie a fost organizat un „British College of Acupuncture", iar un institut mixt, cu secţii în S.U.A. şi Japonia a fost intitulat „Kyoto Pain Control Institute", acesta editînd un buletin periodic care are în colegiul de redacţie şi medici români. La fiecare patru ani se organizează cîte un congres mondial de acupunctură, ultimele avînd loc în R. F. Germania, Franţa şi Japonia.

Membrii cercului român de acupunctură din cadrul U.S.S.M., Filiala Bucureşti, au prezentat lucrări, apreciate favorabil la diverse manifestări internaţionale, iar în introducerea anesteziei prin acupunctură, prof. N. N. Gheorghiu şi dr. Cr. Dragomirescu au prioritate în Europa.

Cei mai competenţi cercetători în acest domeniu subliniază că trebuie criticată şi respinsă „reflexoterapia *à la chinoise,*" care nu este decît o caricatură (Nguyen Van Nghi) a adevăratei medicine chineze, căreia îi dăunează considerabil.

1. MORFOFIZIOLOGIA TEGUMENTULUI

Pielea este unul din cele mai mari organe ale corpului omenesc, cîntărind pentru un individ de 70 kg, aproximativ 4,5 kg. Particularitatea sa anatomică din care decurg două proprietăţi fundamentale şi anume, aceea de a *reflecta* suferinţele organelor interne şi aceea de a *influenţa* activitatea organelor interne, este în raport cu structura sa şi anume: se întinde pe o suprafaţă de 1 500 cm², avînd raporturi spaţiale particulare, pe de o parte cu organele interne, iar pe de alta cu sistemul nervos.

În concepţia noastră, pielea reprezintă un ecran biologic dublu: prin faţa sa externă (epidermul), ea vine în contact cu lumea exterioară pe care o recepţionează şi o proiectează conştient la nivelul scoarţei cerebrale, iar prin faţa sa internă (dermul) vine în contact cu mediul interior, recepţionînd conştient, pe calea sistemului nervos vegetativ, suferinţele organelor interne.

1.1. STRUCTURA PIELII

Histologic, pielea este alcătuită din trei straturi: epidermul, dermul şi hipodermul.

Epidermul reprezintă faţa externă, avînd o grosime mai mică de un milimetru; este alcătuit dintr-un epiteliu pavimentos, stratificat, formînd patru straturi de celule cu o morfologie diferită, ce reprezintă formele pe care le parcurge o celulă care naşte în profunzime (zona germinativă) şi evoluează către celule exfoliatrice superficiale, ce sînt eliminate la suprafaţa pielii, sub forma unor descuamări fiziologice.

Cele patru straturi succesive sînt: stratul bazal — germinativ, stratul mucos al lui Malpighi, stratul granulos şi stratul cornos.

Epidermul are aceeaşi origine embriologică cu sistemul nervos şi anume, origine ectodermică.

Dermul provine din mezoderm, avînd origine embriologică comună cu vasele de sînge, glanda corticosuprarenală, muşchi etc.; avînd o grosime de 0,3—3 mm, dermul este alcătuit din stratul papilar (ce apare ca o linie sinuoasă ce delimitează dermul de epiderm) şi corionul (o structură polimorfă alcătuită dintr-un schelet conjunctiv, în care sînt diseminate glande sudoripare, glande sebacee, vase de sînge, fibre musculare netede şi terminaţiuni nervoase).

Sistemul vascular sanguin este extrem de bine reprezentat, realizînd două plexuri paralele care tapisează pielea pe toată întinderea ei şi anume: plexul subdermic (situat mai profund) şi plexul subpapilar (situat superficial).

Din plexul subpapilar pornesc ramificaţii ascendente care formează un buchet de anse papilare care irigă un teritoriu cutanat bine delimitat, numit „conul vascular de irigaţie". Între aceste zone rotunde se găsesc teritorii cu o circulaţie mai redusă.

Pe lîngă rolul lor nutritiv, vasele pielii au şi un rol funcţional în raport cu funcţia sa receptoare, rol care nu poate fi conceput fără o bogată inervaţie vegetativă atît aferentă (receptoare) cît şi eferentă (efectoare). Este posibil ca stimularea acestor receptori (a baroreceptorilor îndeosebi) să participe în recepţia stimulilor realizaţi cu ajutorul înţepăturilor în tratamentul prin acupunctură.

Terminaţiile nervoase ale pielii, care sînt extrem de numeroase, sînt specializate în vederea recepţiei stimulilor dureroşi, termici (cald şi rece), de tact şi de presiune.

— Terminaţiile libere răspîndite în epiderm explică recepţia durerii superficiale, durerea profundă fiind recepţionată de terminaţii nervoase situate la nivelul muşchilor şi articulaţiilor.

— Meniscurile terminale (Meissner-Merkel) sînt formaţii diseminate în epiderm şi sînt specializate pentru recepţia tactilă.

— Corpusculii Ruffini (recepţia căldurii) şi Krause (recepţia senzaţiei de rece), sînt situaţi în derm.

— Corpusculii Vater-Paccinni, specializaţi pentru recepţia senzaţiei de presiune, sînt interoceptori situaţi în profunzimea dermului.

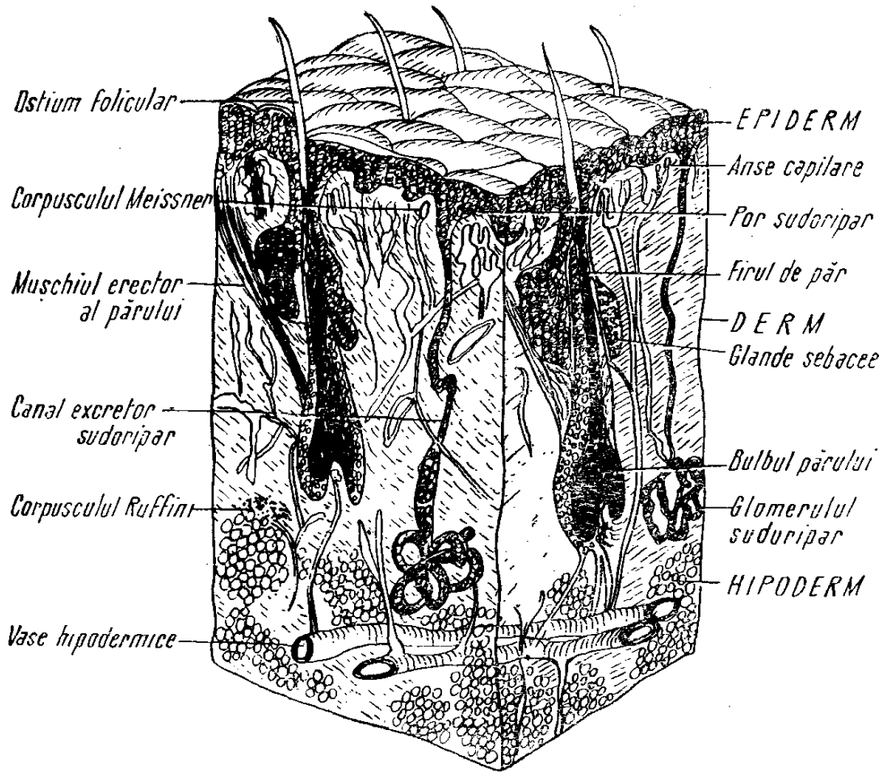


Fig. 1. — Structura pielii (secţiune, după Conu, 1970).

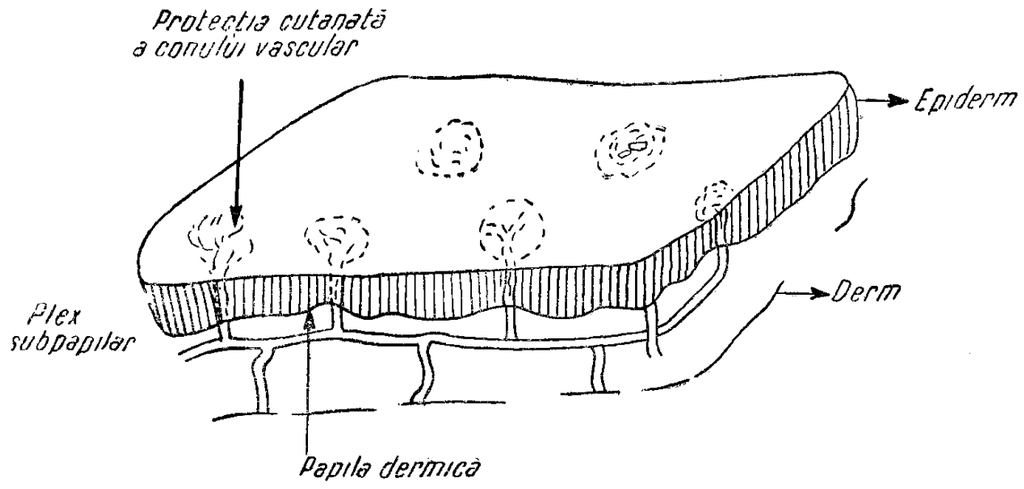


Fig. 2. — **Proiecţia cutanată a conului vascular de irigaţie.**

1.2. FUNCŢIILE PIELII

Pielea joacă multiple roluri cu semnificaţii diferite:

— Rol de protecţie mecanică, fizică şi microbiană.

— Rol de „organ intern" prin numeroase organite cuprinse în derm (glande sudorale, sebacee, vase de sînge, fibre musculare netede etc.) (fig. 1).

Acest organ intern intervine în numeroase procese, ca termoreglare, metabolism hidroelectrolitic, eliminarea unor substanţe etc.

— Funcţie receptoare, asigurată pe de o parte de inervaţia somatică, prin intermediul receptorilor menţionaţi mai sus, şi pe de altă parte de inervaţia vegetativă.

1.3. PROPRIETĂŢILE PIELII

În afara proprietăţilor mecanice (de rezistenţă) şi fizice (de permeabilitate), o deosebită importanţă prezintă următoarele proprietăţi:

1.3.1. PROPRIETĂŢILE ENZIMATICE

Proprietăţile enzimatice multiple au făcut pe numeroşi cercetători să considere pielea o importantă glandă cu secreţie enzimatică. Aceste proprietăţi sînt în raport cu posibilitatea activării unor sisteme enzimatice care dau naştere unor substanţe vasoactive de tip: histamină, serotonină şi bradikinină.

Histamina a fost considerată capabilă de a explica unele din efectele acupuncturii (Pinet, 1968; Lanza, 1968; Popkin, 1972). Cu siguranţă, histamina este răspunzătoare de reacţia hiperemică care apare în jurul acelor după 5—20 de secunde de la aplicarea lor. La distanţă, prin trecerea sa în circulaţie, histamina poate acţiona asupra glandelor endocrine, mai ales asupra medulosuprarenalei şi asupra vaselor de sînge, producînd hipotensiune. Eliberarea sa în circulaţie în cantitate mică şi în mod repetat, prin intermediul înţepăturii produsă în scop terapeutic de către acupunctor, are efect desensibilizator, cel puţin în afecţiunile în care histamina pare a juca un rol important şi anume: astmul bronşic alergic, coriză, edemul Quincke, conjunctivită, migrenă, eczemă, prurit etc. După Pinet (1968) punctele histaminolitice cele mai importante sînt I.G.$_{4,\ 11}$; V.U.$_{13\ şi\ 54}$.

Bradikinina poate fi formată prin activarea sistemelor chininoformatoare, ca urmare a unor leziuni cutanate. Ea poate contribui la hiperemia locală ca şi histamina.

Serotonina prezintă o concentrație în piele de 0,7 micrograme pe gram de țesut. Eliberarea sa în circulație poate avea loc în urma stimulilor cutanați realizați prin intermediul acelor de acupunctură.

1.3.2. PROPRIETĂȚILE ELECTRICE CUTANATE

Comportamentul electric al pielii este reprezentat de un grup complex de fenomene desfășurate simultan și sincron, împărțite în două subgrupe:

— *Proprietăți pasive* (rezistență cutanată la trecerea unui curent exosomatic) și *proprietăți active* (potențial cutanat, expresie a proceselor biologice active).

Aceste fenomene au fost încadrate de Bloch (1965) în termenul de „activitate electrodermală", ele nefiind reprezentate prin valori fixe. Atît potențialul cît și rezistența unei zone cutanate pot suporta în timp modificări care înscrise grafic, după principiul înregistrărilor curenților biologici, îmbracă aspectul unei curbe numită electrodermogramă.

În aprecierea valorilor obținute prin cercetarea proprietăților electrice cutanate trebuie să ținem seama de dificultățile survenite în astfel de înregistrări (N. N. Gheorghiu și colab., 1967). În adevăr, valoarea unor parametri electrici, ca de exemplu rezistența electrică cutanată, depinde de numeroși factori (curent de explorație, tensiune, frecvență și intensitate, suprafața electrodului, regiunea explorată, existența unor factori patologici locali, a unor factori emoționali etc.).

Rezistența electrică cutanată poate fi determinată cu o serie de aparate bazate pe același principiu: studiul variațiilor de intensitate ale unui curent continuu sau alternativ care traversează corpul uman între doi electrozi, dintre care unul numit electrod de masă, este ținut în mînă, iar altul, electrodul de cercetat, explorează suprafața cutană (Bratu, 1959; Grall, 1962; Ionescu-Tîrgoviște, 1965).

În acest mod putem măsura rezistența pe care o opun țesuturile la trecerea curentului electric, rezistență care este variabilă de la o regiune a corpului la alta, ca expresie a neomogenității de structură a pielii. Rezistența cea mai mare la trecerea curentului este dată de stratul cornos al epidermului, îndepărtarea acestuia avînd ca rezultat scăderea rezistenței la valori foarte mici.

În legătură cu studiul variațiilor de rezistență electrică cutanată sub influența factorilor emoționali a fost mult utilizat termenul de „reflex psihogalvanic", ca test de activitate vegetativă (Bloch, 1965).

— *Potențialul electric cutanat,* care poate fi înregistrat cu ajutorul diferențelor de potențial apărute, este expresia activității de membrană în diferitele părți ale pielii (Lang, 1967), fără ca mecanismul de producere să fie pe deplin cunoscut. Variațiile valorilor potențialului electric cutanat se împart în două categorii: variații lente ale așa-zisului potențial electric cutanat „bazal" și variațiile rapide care apar sub influența sistemului nervos simpatic (răspunsul galvanic de potențial al pielii).

Acesta din urmă este în mare parte în legătură cu activitatea glandelor sudoripare, fapt demonstrat de Shaver (1962) cu ajutorul unor microelectrozi de sticlă introduși în canalele sudorale. Întrucît, însă, potențialele electrice cutanate pot fi evidențiate și pe patul unghial, lipsit de glande sudoripare și pe zone epidermice izolate microchirurgical de glandele sudoripare, Edelberg (1964—1965) consideră că ele sînt în legătură și cu stratul celular epidermic.

Din punct de vedere teoretic este important de subliniat faptul că activitatea electrodermală (modificarea de rezistență și potențial apărută sub influența diferiților stimuli) este expresia unor reflexe vegetative în care sînt implicate numeroase segmente nervoase centrale, căi aferente și eferente simpatice și poate și parasimpatice.

1.3.3. PROPRIETATEA DE A REFLECTA MODIFICĂRILE PATOLOGICE ÎN FUNCȚIILE ORGANELOR INTERNE

Suferința viscerală se manifestă printr-un grup de simptome dintre care de multe ori durerea este cea mai importantă. Ea poate fi simțită ca o durere viscerală *propriu-zisă,* sau ca o durere viscerală *referită,* adică o durere resimțită de bolnav într-o regiune depărtată a organului interesat. Referința se realizează pe așa-zisele „zone Head", adică pe dermatomul inervat de rădăcina posterioară prin care impulsurile aferente viscerale ajung la măduva spinării, în așa fel încît durerea pare a veni de la suprafața corpului.

Așa se explică, de exemplu, durerile iradiate din angina pectorală, colica nefretică sau colica veziculară. Pentru a explica referința durerii viscerale pe zonele Head, Mackenzie a sugerat că impulsurile senzitive, pornind de la viscere, sînt incapabile să ajungă direct la creier, întrucît ele nu au nici o conexiune cu calea spinotalamică. Totuși ele vor facilita impulsurile durerii somatice care vin de regulă de la piele, în cantitate insuficientă pentru a excita fibrele căii spinotalamice. Acest lucru este posibil datorită fenomenelor de convergență și sumație. *Convergența* este modali-

tatea prin care un mare număr de fibre existente în rădăcinile posterioare ale măduvei se concentrează pe un număr mai mic de neuroni ai fasciculului spinotalamic. În acest fel mai multe fibre ale protoneuronilor converg către același deutoneuron, care în același timp poate fi conexat atît neuronilor viscerali cît și celor cutanați. În această situație, influxul visceral și cel cutanat (luate separat) sînt insuficiente pentru a produce o durere viscerală. Prin *sumarea* lor, aceste influxuri pot atinge pragul de descărcare neuronică spinotalamică, determinînd apariția senzației dureroase.

1.3.4. PROPRIETATEA DE A INFLUENȚA ACTIVITATEA ORGANELOR INTERNE

În raport cu constatarea făcută, Head descoperă și principiul terapeutic după care stimularea uneia din zonele de hiperestezie cutanată, apărută ca o proiecție cutanată a unei suferințe viscerale, are adesea un efect surprinzător de vindecare a tulburărilor organelor respective. Pe acest principiu se bazează metodele preconizate de Cornelius, Danielopolu, Lemaire în tratamentul algiilor viscerale prin introducerea intradermic, *loco dolenti*, a unor soluții anestezice.

După Lichtwitz, stimulările dermice acționează, se pare, inhibînd segmentul medular care primește incitația viscerală, în timp ce Hugh arată că, dacă două țesuturi sînt inervate de același segment și sînt iritate în același timp, numai una din cele două iritații, și anume cea mai puternică, va fi înregistrată sub forma unei senzații dureroase. Pornind de la aceste date, în categoria metodelor „reflexoterapice" au fost incluse o serie de tehnici utilizate în practică, tehnici care urmăresc influențarea unor tulburări survenite în activitatea organelor interne, printr-o acțiune fizică, chimică sau electrică exercitată asupra pielii. În această categorie sînt incluse: masajul, fizioterapia (ultrascurte, ultraviolete), electroterapia, stimuloterapia endonazală sau auriculară etc. Cele mai multe dintre ele își explică acțiunea terapeutică prin declanșarea unor reflexe de tip normalizator, în care sînt implicați receptori și căi nervoase aferente somatice, așa cum o sugerează aplicarea excitantului pe metamerul de care ține organul ce urmează a fi influențat. Acest gen de reflexoterapie poate fi numită *nespecifică*, întrucît zonele utilizate pentru excitarea în scop terapeutic sînt reprezentate de suprafețe mari. În această situație, important este că un excitant de o anumită intensitate să fie aplicat pe metamerul respectiv sau pe zona de hiperestezie cutanată apărută *(loco dolenti)*. Rezultatele obținute sînt uneori rapide, eficiente, dar de scurtă durată.

Spre deosebire de aceste metode reflexoterapice *nespecifice*, acupunctura reprezintă o metodă reflexoterapică *specifică* care are la bază existența unor relații precise între anumite zone punctiforme situate pe tegument și organele interne. Aceste zone punctiforme în număr de aproximativ 700 prezintă o serie de particularități anatomice și funcționale, a căror cunoaștere este indispensabilă înțelegerii bazelor teoretice și practice ale aplicării acupuncturii.

1.3.5. PROPRIETĂȚILE ZONELOR CUTANATE UTILIZATE ÎN ACUPUNCTURĂ

Datele din literatură privind particularitățile structurale și funcționale ale meridianelor și punctelor de acupunctură au dus la desprinderea unor caracteristici importante.

1.3.5.1. CARACTERISTICI ANATOMICE:

— Punctele de acupunctură se află pe o arie de cîțiva mm².
— Se găsesc situate în mici depresiuni, de cele mai multe ori greu de sesizat.
— Trecerea degetului de-a lungul meridianului dă senzația de lipicios sau fin rugos la nivelul punctelor, de parcă secreția sudorală ar fi de altă calitate la acest nivel. Bachman descrie punctele de acupunctură ca locuri unde circulația capilară este mai redusă, fapt ce determină o serie de diferențieri metabolice față de restul învelișului cutanat. În 1964 Kim Bong Han descrie la nivelul punctelor de acupunctură o serie de formațiuni anatomice specifice, cu caracter histologic special, bogate în ARN și ADN și legate între ele printr-o serie de canalicule. Kellner (1967) nu a putut ajunge la același rezultat. Singura particularitate a punctelor de acupunctură ar fi după Kellner aceea că, în zonele respective, terminațiile senzitive receptoare sînt mai numeroase decît fibrele eferente efectoare. La nivelul punctului de acupunctură suprafața de piele deservită de un receptor este de 2,8 mm².
— Punctele sînt aproape totdeauna sensibile la presiune, mai sensibile decît zonele din jur, fapt explicat prin diferențele de inervație senzitivă descrise mai sus. Într-o anumită afecțiune, anumite puncte devin mai dureroase la presiune, fapt care are o dublă importanță:

— valoare diagnostică, indicînd afectarea unui organ definit;
— valoare terapeutică, înţeparea puctelor dureroase fiind urmată aproape totdeauna de un răspuns bun.

1.3.5.2. CARACTERISTICI FUNCŢIONALE

Meridianele şi punctele de acupunctură prezintă o serie de caracteristici electrice diferite faţă de zonele învecinate, ale căror proprietăţi electrice au fost descrise în capitolul „Morfofiziologia tegumentului".

Numeroase studii efectuate în acest sens, în mai multe ţări, au dus la acumularea unor date care pot fi rezumate astfel:

— Traiectul meridianelor chineze prezintă o rezistenţă electrică scăzută faţă de zonele din jur, iar pe meridian, rezistenţa este mai scăzută la nivelul punctelor (după Niboyet, cu minimum 20%, uneori cu 50%, faţă de rezistenţa zonelor învecinate).

— Starea de hidratare a pielii modifică valorile absolute ale rezistenţei la nivelul punctelor, dar nu modifică valorile comparative dintre ele. În scop diagnostic privind meridianele afectate, va trebui să se ţină seama, deci, numai de valorile comparative şi nu de cele absolute.

— Localizarea anatomică a punctului nu este un factor determinant în rezistenţa sa electrică, acelaşi punct prezentînd valori diferite, la indivizi diferiţi.

— Înţeparea unui punct poate modifica impedanţa electrică a unui alt punct aflat uneori la distanţă considerabilă faţă de primul.

— Punctele de mai mică rezistenţă sînt simetrice de partea dreaptă şi stîngă a corpului, făcînd excepţie numai punctele situate pe liniile mediane.

— Înţepăturile făcute în scop terapeutic modifică valoarea rezistenţei electrice cutanate, în sensul creşterii atunci cînd valorile sînt scăzute, sau ale scăderii, cînd valorile sînt crescute. În acest fel, în cursul celor 6—10 şedinţe, cît durează de obicei tratamentul, valoarea maximă şi cea minimă, pot fi în linii mari egalizate, momentul egalizării coincizînd de obicei cu dispariţia afecţiunii tratate.

— În zonele de hiperestezie cutanată, caracteristicile electrice ale tegumentului devin asemănătoare cu cele ale punctelor chineze.

— Variaţiile comparative ale impedanţei electrice a punctelor de acupunctură au fost utilizate în scop diagnostic, în aprecierea tulburărilor apărute în starea energetică a meridianelor şi deci a organelor corespunzătoare lor, cu rezultate interesante.

Ţinînd cont de aceste particularităţi anatomo-funcţionale ale punctelor de acupunctură, explicaţia eficienţei acupuncturii, bazată numai pe reflexele somatice, este limitată din următoarele motive:

a) Traumatismul efectuat cu ajutorul acelor este de obicei minim, astfel încît nu se poate vorbi de inhibarea unei dureri viscerale, prin altă durere, deoarece senzaţia dureroasă realizată cu ajutorul acelor este mult inferioară durerii pe care dorim să o tratăm, fapt ce nu corespunde cu principiul enunţat de Hugh, după care „dacă două ţesuturi inervate din acelaşi segment sînt iritate în acelaşi timp, numai una din cele două iritaţii, şi anume cea mai puternică, se va înregistra în creier sub forma unei senzaţii dureroase".

Pe de altă parte, trebuie precizat că rezultatele acupuncturii nu sînt direct proporţionale cu intensitatea excitaţiei, ci, dimpotrivă, se consideră că rezultatul este cu atît mai bun cu cît senzaţia dureroasă a fost mai mică.

b) În cazul acupuncturii, punctele active asupra unui organ intern se găsesc de cele mai multe ori la distanţă şi în afara dermatomului sau metamerului de care organul aparţine. Mai mult, confirmînd cele scrise în cărţile chinezeşti, practica arată că acupunctura cea mai eficace este aceea care foloseşte în tratarea bolilor manifestate într-o regiune a corpului puncte situate opus acestei regiuni, de exemplu: bolile organelor extremităţii cefalice, se tratează prin puncte situate pe membrele inferioare şi invers.

Trebuie amintit că există o serie de puncte despre care se poate vorbi că au o dispoziţie metamerică, permiţînd a gîndi că pot acţiona asupra organelor situate pe acelaşi metamer. Acestea sînt:

— punctele cervico-dorso-lombare, situate pe vasul guvernor;
— punctele vasului de concepţie, situate median anterior şi care regizează, în porţiunea toracică, funcţiile respiratorii, în porţiunea epigastrică, funcţiile digestive, iar în cea subombilicală, funcţiile genitale şi urinare;
— punctele zise de „asentiment" dispuse pe ramura internă a porţiunii dorso-lombare a meridianului vezicii, situate paravertebral (la circa 4 cm de linia mediană, corespunzînd lanţului simpatic subiacent).

2. ACUPUNCTURA EXPERIMENTALĂ

În occident, acupunctura a fost introdusă pe scară largă în Franţa după 1930. Multă vreme a existat o incertitudine justificată de existenţa a trei factori: 1 — imposibilitatea de a preciza baza materială a existenţei punctelor de acupunctură; 2 — lipsa unor explicaţii ştiinţifice a mecanismului său de acţiune; 3 — lipsa datelor experimentale care ar putea obiectiva şi măsura, din punct de vedere cantitativ, modificările survenite în activitatea organelor interne, după înţeparea diferitelor puncte considerate ca fiind în legătură cu organele respective. Un lucru care reiese din îndelungata istorie a acupuncturii şi care este cert este că această metodă de tratament a trăit, trăieşte şi se dezvoltă datorită efectelor sale terapeutice. Pentru un mare număr de acupunctori, justificarea experimentală a rezultatelor acestui tratament prezintă o importanţă secundară, acest punct de vedere constituind reacţia faptului că rezultatele experimentale obţinute prin acupunctură sînt aproape totdeauna mai slabe decît rezultatele terapeutice. Această situaţie este explicabilă dacă ne gîndim că rezultatele tratamentului prin acupunctură nu sînt apreciate numai după o singură şedinţă, ci după o serie de şedinţe. Există numeroase cazuri în care prima sau primele şedinţe de acupunctură rămîn fără efect, ameliorarea survenind încetul cu încetul, în şedinţele următoare; în acest sens este posibil ca primele aplicări ale acelor să aibă mai ales rolul de a pregăti terenul, efectele evidente apărînd ulterior. În ce priveşte metodele experimentale, se ştie că prin ele se studiază de obicei răspunsul apărut după stimularea unui singur punct de acupunctură şi într-o singură şedinţă, mai rar a unui grup de puncte şi după mai multe şedinţe.

Trebuie avut în vedere faptul că cele mai numeroase afecţiuni tratate prin acupunctură sînt tulburări funcţionale însoţite de obicei de fenomene algice, a căror apreciere obiectivă este dificil de realizat. Dispariţia după acupunctură a unei nevralgii de trigemen,

a unei migrene, a unei nevroze etc., care îmbracă uneori forma unui rezultat spectacular, poate să fie imposibil de obiectivat prin teste de laborator. În sfîrşit, un alt aspect care trebuie să fie discutat este acela că reproducerea efectelor acupuncturii nu este totdeauna posibilă datorită unor factori diferiţi:

— Localizarea imprecisă a unui punct studiat nu este însoţită de răspunsul dorit. Se ştie că suprafaţa cutanată a unui punct de acupunctură nu depăşeşte cîţiva mm². Localizarea imprecisă este posibilă, pe de o parte datorită lipsei de experienţă şi a cunoştinţelor insuficiente în ceea ce priveşte proiecţia cutanată a punctelor active, iar pe de altă parte de existenţa unei variabilităţi de amplasament, condiţionată de lipsa unei simetrii perfecte a inervaţiei vegetative care reprezintă substratul anatomic al acestor puncte.

— Caracterul dinamic al punctelor de acupunctură care face ca activitatea acestora să fie variabilă. Acelaşi punct de acupunctură într-o perioadă de activitate intensă (tonus vegetativ mărit) va răspunde intens la stimulare, în timp ce într-o perioadă de inactivitate (tonus vegetativ scăzut) va da un răspuns mult mai redus sau chiar absent.

În afară de perioadele diferite de activitate ale punctelor de acupunctură, trebuie luat în considerare şi faptul că gradul de reactivitate la stimularea punctelor este diferit de la individ la individ, fiind antrenaţi factori care pînă în prezent nu sînt cunoscuţi. În ciuda acestor dificultăţi de care ar trebui să se ţină cont în interpretarea rezultatelor, numeroase date vin să dovedească relaţia specifică existentă între punctele active cutanate şi funcţia organelor interne.

În cele ce urmează vor fi prezentate lucrările cele mai importante cu rezultatele obţinute, clasate pe grupe de organe sau de funcţiuni.

2.1. ACŢIUNEA ACUPUNCTURII ASUPRA SÎNGELUI

Acupunctura poate să intervină activ în modificarea numărului unor elemente sanguine (hematii, leucocite), ca şi în modificarea constituenţilor plasmatici (fracţiuni proteice), fapt demonstrat în primul rînd de autorii japonezi (Aoki, Hara, Nagatuya, Fujii, Terada) la începutul secolului. Mai interesante sînt lucrările conduse de N. N. Gheorghiu (1961), Bratu (1964), Crăciun şi Bălosu (1968). Bratu şi colab. (1964), care studiază efectul acupuncturii folosind punctele V.G.$_{21}$ (punctul de comandă al hipotalamusului anterior), V.B.$_{20}$ (hipotalamus posterior), V.G.$_{14}$ (punctele de comandă ale măduvei spinării), toate punctele enumerate mai sus,

cu excepţia lui V.G.$_{14}$ produc o leucopenie, deci au un efect inhibitor. Punctele V.$_{10}$ şi V.B.$_{20}$ au un efect leucopeniant pronunţat. V.G.$_{14}$, din contră, provoacă creşterea numărului leucocitelor (în medie 1 500 elemente/mm^3). Fracţia neutrofilelor scade sau creşte paralel cu diminuarea sau creşterea neutrofilelor, în medie cu 500 elemente/mm^3.

Asupra numărului limfocitelor care au un rol preponderent în formarea anticorpilor, V.G.$_{14}$ are un efect de diminuare, contrar efectului pe care îl are asupra polinuclearelor. Celelalte puncte produc numai o uşoară creştere a limfocitelor. Asupra monocitelor, care reflectă activitatea ţesutului reticuloendotelial, se obţine un efect de creştere mai accentuat cu punctele V.$_{10}$ şi V.B.$_{20}$. În acelaşi sens N.N. Gheorghiu, Cr. Dragomirescu şi F. Dumitrescu au studiat punctele V.G.$_{14}$, V.$_{12,\ 13,\ 25,\ 3}$, S.$_{36}$, V.C.$_{6}$. Într-o primă etapă, autorii au folosit toate aceste puncte în aceeaşi şedinţă pentru stimularea leucopoiezei; timpul folosit de obicei pentru tonifiere (3—4 minute) este găsit inadecvat pentru că el are un efect depresiv asupra funcţiei hematopoietice şi de golire a rezervelor medulare. Din această cauză autorii găsesc că este necesar să se folosească un timp prelungit de excitaţie cutanată, timp realizat, fie prin şedinţe scurte şi repetate, fie prin şedinţe mai lungi (30 de minute). Autorii susţin că acţiunea acupuncturii pare să se exercite asupra golirii rezervelor medulare, ca şi asupra funcţiei leucopoietice, întrucît în toate cazurile observate se înregistrează o creştere pînă la de 5 ori numărul leucocitelor tinere (deviaţia la stînga a formulei Arneth).

Creşterea numărului hematiilor după acupunctură a fost comunicată de numeroşi autori (Bratu şi colab., N. N. Gheorghiu şi colab., Kassil, Aoky etc.). Punctele cel mai frecvent folosite au fost: V.$_{38}$ în tonifiere şi S.$_{36}$ în dispersie. Cu aceeaşi stimulare, funcţia de apărare a organismului (creşterea complementelor, a anticorpilor, fracţiunea globulinelor etc.) a fost obţinută de Aoki, Tekeida, Gheorghiu, Cr. Dragomirescu, F. Dumitrescu.

Aceste modificări sînt specifice pentru punctele de acupunctură, înţepăturile efectuate în zonele indiferente producînd variaţii nesemnificative în jurul cifrei iniţiale.

2.2. ACŢIUNEA ACUPUNCTURII ASUPRA GLANDELOR ENDOCRINE

Stimularea secreţiei corticosuprarenalei a fost încercată prin studiul dinamicii eozinofilelor sanguine (testul Thorn modificat, în care injecţia cu ACTH a fost înlocuită printr-o înţepătură efectuată în punctul studiat).

Primele încercări în acest sens au fost comunicate de Bratu şi colab. (1957). Rezultatele privind posibilitatea stimulării hipofizo-corticosuprarenalei prin înţepătura specifică anumitor puncte de acupunctură au fost prezentate la Congresul Internaţional de Acupunctură de la Viena. Această problemă a fost reluată de acelaşi colectiv în 1963, studiindu-se 16 puncte unice şi asociaţii de cîte 2 şi 3 puncte.

În fig. 3 se poate observa comparativ rezultatul obţinut în aceleaşi cazuri prin testul Thorn efectuat cu 25 unităţi ACTH cu 48 de

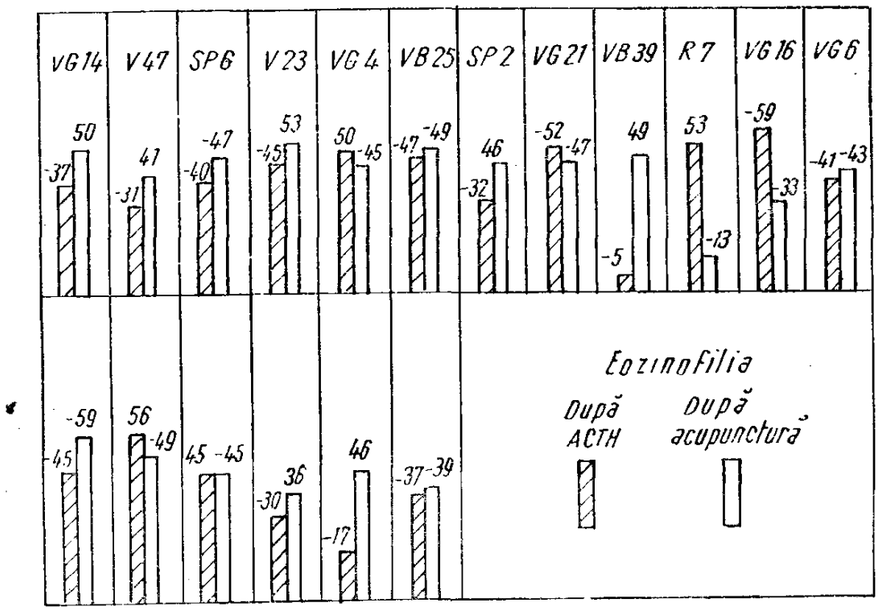


Fig. 3. — Dinamica eozinofiliei în procente, comparativ după ACTH şi după acupunctură.

ore înainte. După cum se vede, o serie de puncte au realizat un efect eozinopeniant mai accentuat ca după administrarea de ACTH. Plecînd de la aceste date s-a întreprins un studiu sistematic al dinamicii eozinofilelor după înţeparea unor puncte ale meridianelor: Rinichi (Ionescu-Tîrgovişte, 1967), Splină-Pancreas (Ionescu-Tîrgovişte, 1967) şi Ficat (Ionescu-Tîrgovişte, 1968) pentru a verifica ideea acţiunii specifice a punctelor de acupunctură studiate asupra eozinofilelor; cercetarea a fost comparată cu determinarea a 15 cazuri de variaţii spontane ale eozinofilelor (care s-a dovedit a fi de +12,6%) şi un alt lot cu determinarea a 10 cazuri de eozinofilie înainte şi la 4 ore după introducerea a două ace în afara meridia-

nelor chineze, înregistrîndu-se variaţii de —8,1%. Datele obţinute sînt prezentate în fig. 4, 5 şi 6.

Ţinînd cont de datele înregistrate după stimularea meridianului Ficat (fig. 4), care au dat maximum de eozinopenie de numai

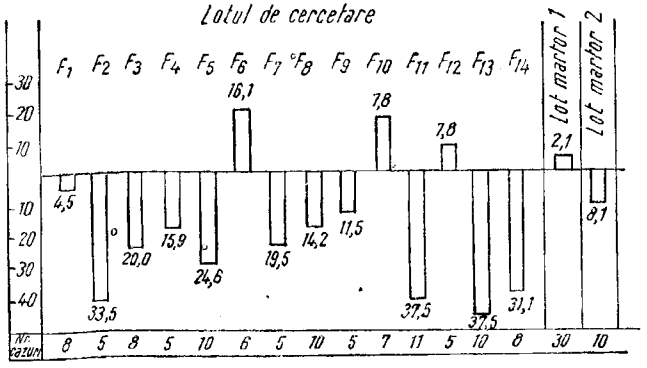


Fig. 4. — Dinamica eozinofiliei în procente, după acupunctura meridianului Ficat.

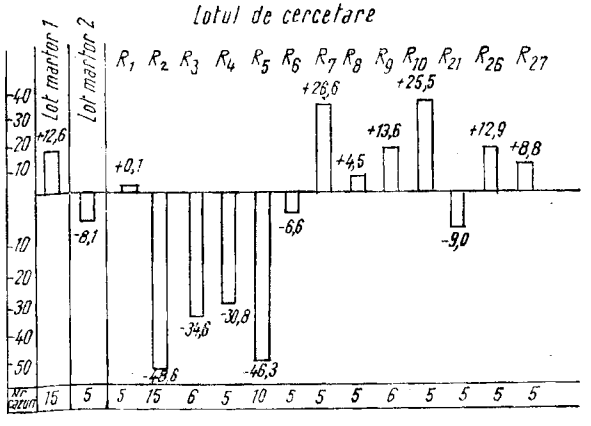


Fig. 5. — Dinamica eozinofiliei în procente, după acupunctura meridianului Rinichi.

—37,5%, datele obţinute după stimularea meridianelor Rinichi (fig. 5) şi Splină-Pancreas (fig. 6) sînt mai interesante. Astfel, din

punctele meridianului Rinichi studiate (83 de cazuri) unele descriu o adevărată zonă eozinopeniantă: $R._{2,\ 3,\ 4,\ şi\ 5}$ în timp ce altele ($R._{7\ şi\ 10}$) descriu o zonă eozinofiliantă.

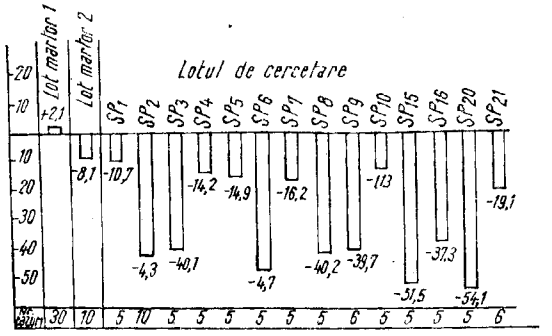


Fig. 6. — Dinamica eozinofiliei în procente, după acupunctura meridianului Splină-Pancreas.

Pe meridianul Splină-Pancreas, în total 77 de cazuri un efect eozinopeniant marcat a fost obţinut cu punctele $S.P._{15}$ (—5,5%) şi $S.P._{20}$ (—54,1%).

Date privind posibilitatea stimulării secreţiei hormonilor corticosuprarenali urmărind fie dinamica eozinofilelor, fie secreţia de 17-cetosteroizi au fost demonstrate de Crăciun şi Bălosu (1968) şi de Umlauf (1969).

Apariţia unui efect eozinopeniant marcat după stimularea punctelor de acupunctură sugerează, desigur, declanşarea unei importante secreţii de hormoni corticosuprarenali, mecanismul prin care se obţine efectul respectiv rămînînd încă neelucidat. Nu ştim dacă se produce o excitaţie directă a corticosuprarenalei sau una indirectă, prin intermediul hipofizei sau al pancreasului endocrin, ca urmare a unei hipoglicemii. Ultima posibilitate trebuie avută în vedere cu atît mai mult cu cît meridianul Splină-Pancreas este acela de care depinde în mare măsură metabolismul glucidic.

2.3. ACŢIUNEA ACUPUNCTURII ASUPRA APARATULUI CIRCULATOR

Dintre mecanismele implicate în scăderea presiunii arteriale prin acupunctură, cel reflex nervos pare a fi cel mai important. Dintre punctele hipotensoare în care mecanismul nervos ar putea să

intervină, s-au studiat două: I.S.$_{17}$, care prin poziția sa supraiacentă zonei sino-carotidiene a sugerat posibilitatea de a influența mecanismele baroceptoare — și S.P.$_{6}$, care prin proprietățile sale antispasmodice poate produce modificări ale tonusului vascular, evidențiate prin măsurarea indicelui oscilometric la nivelul membrelor inferioare. Primul punct (I.S.$_{17}$) a fost utilizat în scopul studierii dinamicii tensiunii arteriale la hipertensivi și la normotensivi, în comparație cu un lot martor la care înțepăturile au fost efectuate în afara punctelor de acupunctură. Scăderi remarcabile ale tensiunii arteriale cu 14 mm Hg au fost înregistrate în lotul hipertensivilor, în comparație cu 5 mm Hg în lotul normotensivilor și 3 mm Hg în lotul martor (fig. 7).

Se sugerează posibilitatea de a influența centrii vasomotori, bulbari, prin excitarea reflexă a funcției baroceptoare a aparatului sinocarotidian.

Acțiunea celui de al doilea punct (S.P.$_{6}$), cuplat cu V.B.$_{39}$ a fost

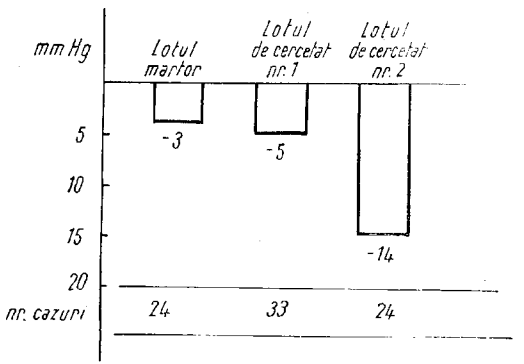


Fig. 7. — Scăderi ale presiunii arteriale în mmHg față de valoarea inițială, după înțepături efectuate laterocervical, în afara punctului I.S.$_{17}$ (lotul martor), în punctul I.S.$_{17}$ la normotensivi (lotul de cercetat nr. 1) și la hipertensivi (lotul de cercetat nr. 2).

studiată cu ajutorul măsurării indicelui oscilometric înainte și după înțepătură pe 75 de bolnavi neselecționați, spitalizați pentru diferite afecțiuni, înainte și la o oră după stimularea punctelor de mai sus.

În cazul asimetriilor vasculare, adică în cazul înregistrării unor diferențe de indice oscilometric între gamba dreaptă și cea stîngă, punctul S.P.$_{6}$ a fost stimulat 10 minute și V.B.$_{39}$ timp de 2 minute de partea în care indicele oscilometric a fost mai mic; de partea opusă, punctul S.P.$_{6}$ a fost stimulat 2 minute și punctul V.B.$_{39}$ timp de 10 minute.

Pentru lotul martor, valorile obținute au fost asemănătoare. Variațiilor înregistrate în cîteva cazuri nu au depășit 1/4 din valoarea inițială. Pentru lotul de cercetare, rezultatele au fost divizate în 4 categorii:

— indicele oscilometric a rămas nemodificat (7 cazuri);

— indicele oscilometric a crescut cu 1/4—2/4 față de valoarea inițială (fig. 8);

— indicele oscilometric a crescut cu 2/4—3/4 față de valoarea inițială (18 cazuri) (fig. 9);

— indicele oscilometric s-a dublat față de valoarea inițială (11 cazuri) (fig. 10).

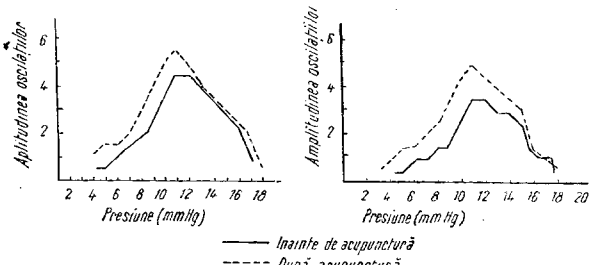


Fig. 8. — Indicele oscilometric înainte și după acupunctură. Bolnavul D.M., 32 ani, diagnostic: ulcer duodenal.

Analiza rezultatelor în cele 3 loturi demonstrează că efectul de creștere al indicelui oscilometric este specific punctului S.P.$_{6}$; aceste creșteri sînt semnificative în 29 din 50 de cazuri (58%).

În general, indicele oscilometric revine la valoarea inițială după 24 de ore.

Modificarea *reactivității vasculare* a fost studiată prin acupunctură, folosind testul presor la rece și testul presor la angiotensină, administrată intravenos.

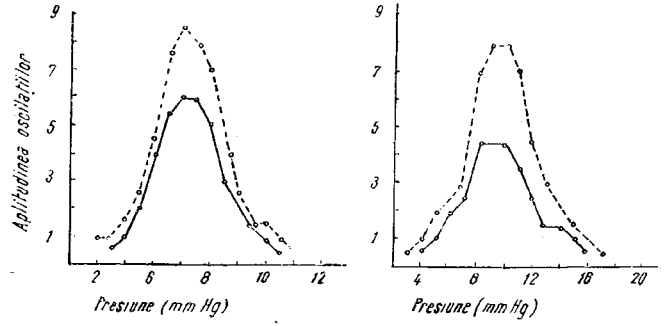


Fig. 9. — Indicele oscilometric înainte și după acupunctură. Bolnavul E.C., 42 ani, diagnostic: astm bronșic.

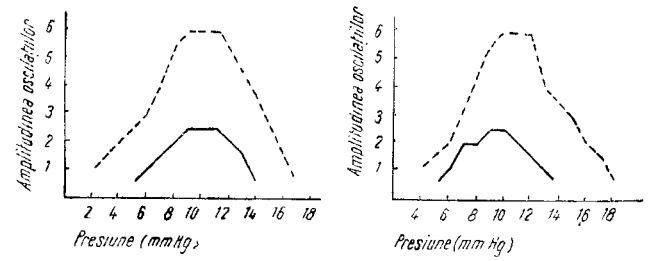


Fig. 10. — Indicele oscilometric înainte și după acupunctură. Bolnavul D.D., 33 ani, diagnostic: ulcer duodenal.

În funcție de răspunsul presor obținut, subiecții au fost divizați în 3 categorii: normoreactori, hiperreactori și hiporeactori, după cum se vede din tabelul I.

Pentru hiperreactori creșterile tensiunii arteriale sînt mai mari, în timp ce pentru hiporeactori sînt mai mici.

Testul presor la rece și cel presor la angiotensină a fost efectuat înainte și după 3 ședințe de acupunctură cu punctele hipotensoare: R.$_2$; S.P.$_6$; S.$_{36}$; I.$_7$; P.$_9$; V.S.$_7$; I.S.$_{17}$.

Tabelul 1

Creșterile tensiunii arteriale la normoreactori

Testul efectuat	Creșteri ale presiunii arteriale	
	Sistolică	Diastolică
Test presor la rece	15—25 mm Hg	5—15 mm Hg
Test intravenos la angiotensină	25—35 mm Hg	15—25 mm Hg

Testul presor la rece a fost efectuat după tehnica clasică a lui Hinnes și Brown pe 50 de bolnavi, 25 normotensivi hiperreactori și 25 hipertensivi, înainte și după 3 ședințe de acupunctură. Analiza

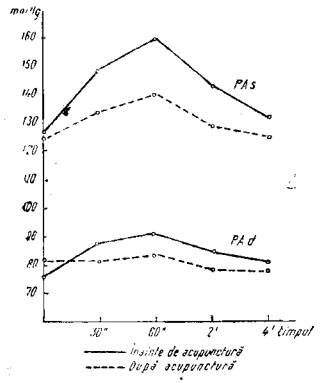


Fig. 11. — Dinamica presiunii arteriale, în timpul testului presor la rece, înainte și după acupunctură, pentru lotul de normotensivi.

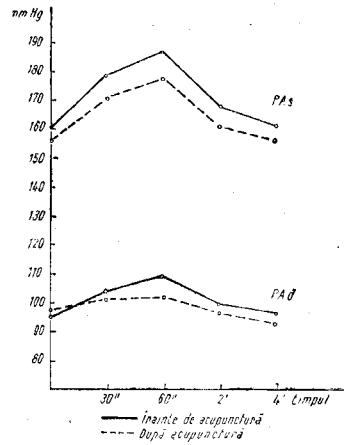


Fig. 12. — Dinamica presiunii arteriale în timpul testului presor la rece, înainte și după acupunctură, pentru lotul de hipertensivi.

rezultatelor demonstrează că pentru cele 2 loturi, intensitatea răspunsului presor după acupunctură este net inferioară, în raport cu valorile dinaintea acupuncturii (fig. 11 și 12).

Testul intravenos la angiotensină (0,05 μg angiotensină/kilocorp), administrată într-un interval de 3 minute, tensiunea arterială fiind urmărită minut cu minut (de 6 ori), a fost efectuat înainte și după 3 ședințe de acupunctură, la 2—3 zile interval, folosind ace-

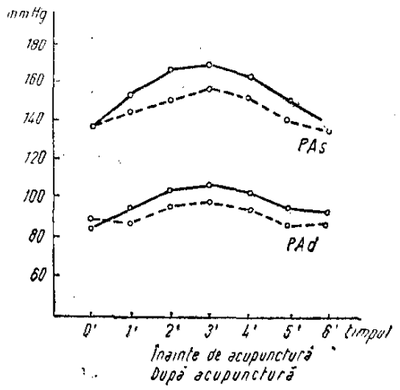


Fig. 13. — Dinamica presiunii arteriale în timpul testului la angiotensină.

leași puncte hipotensoare. Dinamica limitată a presiunii arteriale în cele 6 determinări (3 în timpul injecției cu angiotensină și 3 după), pentru hiperreactori, înainte și după acupunctură, este prezentată în fig. 13.

După cum se observă, după acupunctură intensitatea răspunsului presor a scăzut considerabil în comparație cu cea obținută înaintea acupuncturii, mai ales pentru presiunea arterială sistolică (P.A.$_s$.).

Cele mai mari diferențe au fost obținute după 3 minute, adică la sfîrșitul injecției cu angiotensină. Pentru a vedea mai bine aceste diferențe, creșterea medie a presiunii arteriale în mm Hg peste valoarea inițială a fost reprezentată pentru presiunea arterială sistolică în fig. 14 și pentru presiunea arterială diastolică în fig. 15, înainte și după acupunctură. Aceste date aduc un argument obiectiv ipotezei după care acupunctura este capabilă să influențeze reactivitatea vasculară, una din componentele cele mai importante ale procesului hipertensiv. Scăderea reactivității vasculare prin acupunctură pare a fi mediată prin mecanisme complexe. O acțiune endocriniană ar părea să aibă punctul R.$_2$ și S.P.$_6$ (capabile să influențeze corticosuprarenala). Punctul C.$_7$, teoretic poate să scadă debitul cardiac, iar I.S.$_{17}$ este capabil să influențeze funcția baroceptoare sinocarotidiană.

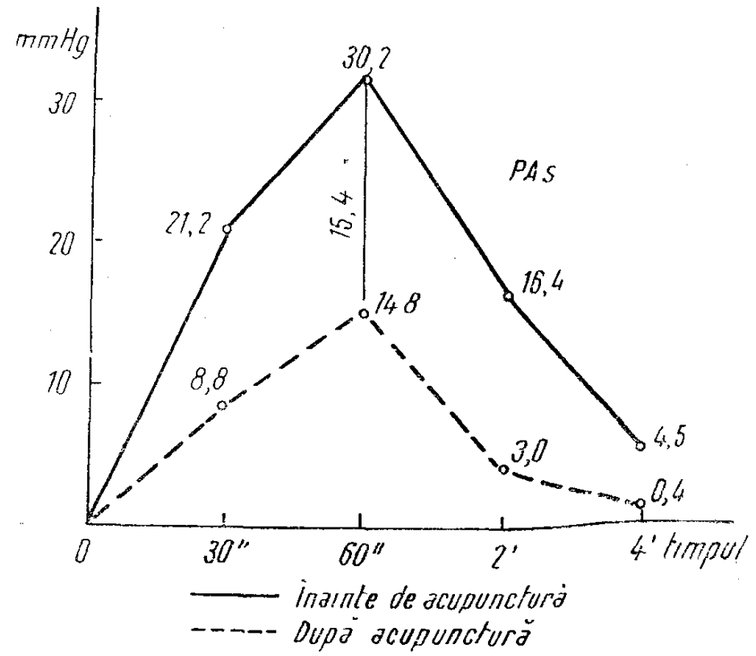


Fig. 14. — Creșterea medie a presiunii arteriale sistolice în mmHg peste valoarea inițială, înainte și după acupunctură.

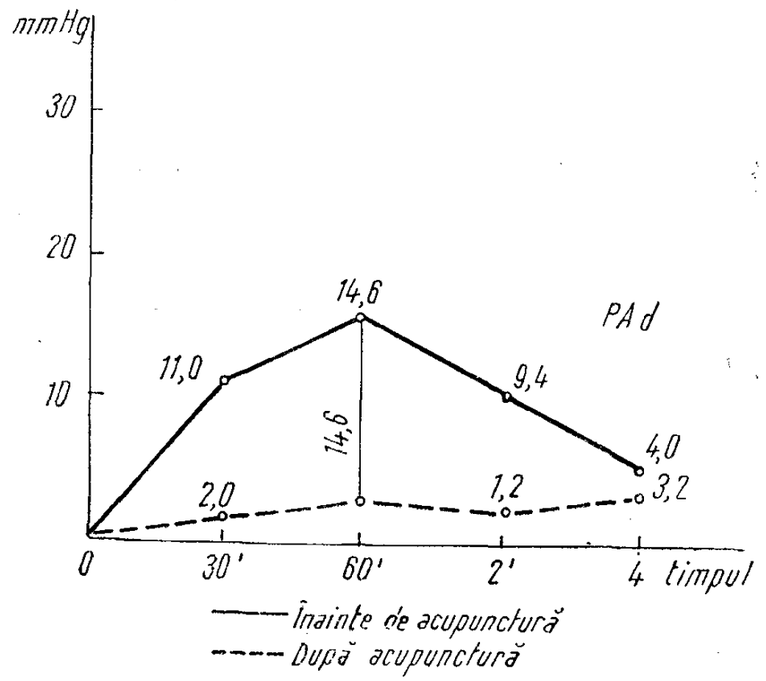


Fig. 15. — Creșterea medie a presiunii arteriale diastolice în mmHg peste valoarea inițială, înainte și după acupunctură.

2.4. ACȚIUNEA ACUPUNCTURII ASUPRA TUBULUI DIGESTIV

Intensificarea peristaltismului intestinal și accelerarea funcțiilor hepatice au fost demonstrate prima dată la începutul secolului de autorii japonezi (Goto, Komai etc.).

Deschamps (1964) comunică o observație radiologică de atonie gastrică, în care după înțeparea punctelor $S._{36}$ și $V.B._{1}$ s-au putut observa contracții gastrice puternice, substanța baritată trecînd rapid prin pilor și opacifiind intestinul. La aceste observații sporadice se adaugă și un studiu experimental interesant, comunicat de Bratu și Prodescu în 1957 la Congresul Internațional de la Viena. Acești autori arată, cu ajutorul gastrogramelor, înregistrate după metoda Boldref-Danielopolu, modificările motilității gastrice în sensul unei intensificări sau din contra a unei scăderi, urmărind folosirea punctului de tonifiere sau dispersie a meridianului stomacului (fig. 16).

Folosind puncte indiferente, nu se obțin modificări asemănătoare.

În laboratorul de fiziologie al Facultății de Medicină din București, Cr. Dragomirescu, Viorica Miulescu și M. Isaia au obținut pe cîini modificări de secreție și motilitate gastrică, în sensul unei hiperfuncții, mergînd pînă la entitate patologică ulceroasă.

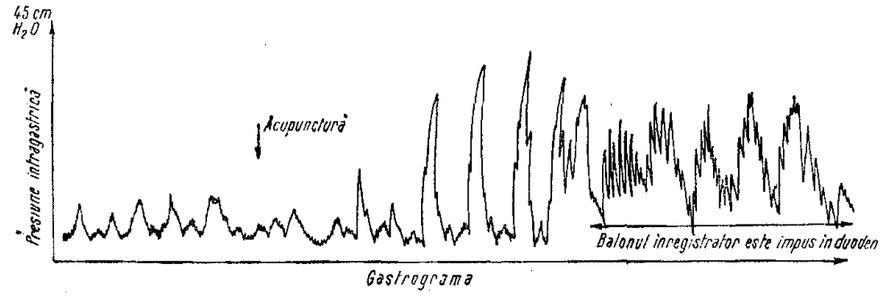


Fig. 16. — Înregistrarea grafică a motilității gastrice înainte și după acupunctură.

Bratu, Stoicescu, Prodescu au arătat, prin studii experimentale, acțiunea acupuncturii asupra debitului secretor biliar.

Pe cîinii purtători de fistule biliare cronice s-a putut observa, oră de oră, efectul acupuncturii asupra debitului secretor biliar, timp de 4 ore după înțepătură, folosind punctele $F._{8}$, $V.B._{40\ și\ 43}$, puncte indicate prin tradiția chineză ca avînd o acțiune tonifiantă

asupra ficatului. Autorii au efectuat 120 de experiențe cu pauze și reluări pe aceleași animale. Cifrele medii obținute arată că în urma acupuncturii debitul biliar crește cu 90% timp de o oră după înțepătură, efectul diminuînd în orele următoare; valorile rămîn totuși ridicate față de lotul martor.

Creșterea debitului biliar se asociază cu o fluidificare a bilei și o scădere a valorilor bilirubinei pînă la circa 50%, ceea ce arată că s-a obținut în realitate o hidrocolereză. Acționînd asupra altor puncte, nu s-a obținut creșterea debitului biliar.

2.5. ACȚIUNEA ACUPUNCTURII ASUPRA DINAMICII UTERINE

Problema a fost studiată la noi în țară de către N. N. Gheorghiu, Cr. Dragomirescu, S. Fișof, F. Dumitrescu pe 13 cazuri de femei gravide, în majoritate cu forme distocice de travaliu și în care ineficiența terapeutică obișnuită era evidentă. În cazurile studiate, nu s-au asociat acupuncturii alte mijloace terapeutice.

Înregistrările dinamicii uterine au fost făcute prin metoda kimografică înainte și după acupunctură, cu ajutorul unor capsule pneumatice aplicate pe porțiunea superioară și inferioară a corpului uterin, evitînd proeminențele foetale. Acest sistem de înregistrare a permis urmărirea undei fundamentale (undă tonică) și a celei de contracție, precum și perturbațiile produse de paroxismele dureroase evidențiate pe fondul dinamic.

Acupunctura a fost făcută cu ace de oțel, lăsate pe loc timp de 4 pînă la 30 de minute, urmărindu-se totdeauna tonifierea.

Din cele 13 cazuri studiate, acupunctura a fost aplicată la 5 cazuri de travaliu normal, două cazuri de adinamie uterină, 3 cazuri de hipotonie și hipokinezie uterină și 3 cazuri de diskinezie uterină cu atonie și instabilitate de tonus.

2.5.1. ÎN TRAVALIU NORMAL

În unul din cazuri a fost obținută o eficiență contractilă sporită (dilatația de la 4 la 8 cm s-a produs într-o oră), cu scăderea tonusului cu 3 cm față de cel inițial și creșterea amplitudinii contracțiilor uterine. Alte două cazuri s-au comportat asemănător.

În două cazuri a fost obținută o dereglare pasageră a contractilității uterine (creșterea amplitudinii contracțiilor asociată cu inegalitatea intervalelor între contracții). Din datele obținute rezultă că în travaliul normal acupunctura nu-și găsește o indicație certă.

2.5.2. ÎN ADINAMIE UTERINĂ

Au fost obţinute rezultate bune, ilustrate printr-un caz în care înainte de acupunctură nu se înregistrase nici un accident grafic. S-a practicat acupunctura în punctele V.$_{60}$ şi $_{67}$ şi S.$_{30}$ şi $_{36}$. La 10 minute după aplicarea acelor, s-a remarcat prima contracţie uterină cu durată de 40 de secunde. După alte 6 minute, apare o nouă contracţie cu durată de 60 de secunde, intervalul dintre contracţii scurtîndu-se la 4 minute, iar durata contracţiei stabilindu-se la 60 de secunde.

2.5.3. ÎN HIPOTONIE ŞI HIPOKINEZIE UTERINĂ

Au fost obţinute creşteri ale tonusului şi apariţia de unde contractile superioare celor înregistrate înainte de acupunctură. S-a practicat acupunctura în punctele V.$_{22}$; V.$_{23, 60, 67}$; S.$_{30, 36}$; S.P.$_{4}$, acele fiind ţinute timp de 15 minute. După 6 minute de la introducerea acelor s-a remarcat o creştere a amplitudinii undei contractile de circa 3,2 cm faţă de tonusul iniţial. Pe acest fond de tonus ridicat au apărut ondulaţii contractile de mică amplitudine (circa 1 cm faţă de linia tonusului de moment), cuprinse între două contracţii tonice de aproximativ 5 minute. Ridicarea tonusului s-a menţinut timp de 20 de minute, după care a scăzut progresiv pînă la valoarea iniţială. S-a injectat intravenos glucoză 33%, 60 ml şi după 8 minute a apărut o curbă de creştere a tonusului comparabilă cu efectul produs de acupunctură, avînd o înălţime de 3 cm faţă de tonusul iniţial, ceea ce a dus la constatarea insuficienţei energetice uterine prin epuizarea rezervelor energetice a fibrei musculare.

2.5.4. ÎN DISKINEZIE UTERINĂ ŞI CU INSTABILITATE DE TONUS

A fost obţinută fixarea tonusului şi reglarea contracţiilor uterine. În unul din cazuri, înregistrarea dinamicii uterine a indicat un tonus crescut, contracţiile survenind la 7 minute. S-a practicat acupunctura în punctele S.$_{30}$ şi $_{36}$ moment marcat printr-o undă de contracţie. La 5 minute de la primele înţepături s-au aplicat ace şi în punctele V.$_{60}$ şi $_{67}$ după care s-a constatat imediat o undă contractilă.

După înţepături, tonusul s-a ridicat brusc cu 2 cm faţă de tonusul iniţial. Contracţiile au devenit ample, survenind la 3—4 minute cu o durată de 2 minute. Ascensiunea tonusului s-a produs progresiv, timp de 10 minute, după care s-a remarcat stabilizarea lui, însoţită de o regularizare a intervalului dintre contracţii. Tonusul urmărit timp de o oră, a rămas constant, contracţiile fiind mai puţin dureroase. La o oră de la aplicarea acelor, s-a efectuat o nouă înregistrare a dinamicii uterine, contracţiile fiind regulate, plasate pe un tonus normal şi durînd 1,5 minute.

În prezent, metoda dirijării naşterii prin acupunctură a depăşit limitele experimentului; ea se practică cu succes în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Dr. Cantacuzino, precum şi în alte maternităţi din ţară.

3. MECANISMUL DE ACŢIUNE A ACUPUNCTURII

Unele metode de tratament utilizate de medicina clasică europeană folosesc ca bază teoretică constatarea făcută de Head, şi anume:

— în unele afecţiuni, zonele cutanate care aparţin dermatomului de care ţine organul afectat prezintă o sensibilitate spontană sau provocată crescută;

— stimularea acestor zone de hiperestezie cutanată este urmată deseori de dispariţia afecţiunii care a generat-o.

În primul caz este vorba de un reflex viscero-cutanat patologic spontan (Mackenzie), cu valoare diagnostică; în al doilea caz, este vorba de o acţiune reflexă provocată, de sens invers (cutaneo-visceral), efectuată de medic în scop terapeutic. Metodele care au la bază o astfel de acţiune reflexă au căpătat numele de metode reflexoterapice.

Dintre metodele „reflexoterapice" cu punct de plecare cutanat, amintim infiltraţiile *loco dolenti*, stimularea punctelor lui Wetterwald, infiltrarea zonelor Head etc. Acţiunea lor se bazează pe constatarea că o stimulare cutanată puternică duce la inhibiţia segmentului medular care primeşte incitaţia viscerală, astfel încît creierul va înregistra numai o singură senzaţie dureroasă, şi anume pe aceea care este mai puternică, adică pe cea cutanată.

Iniţial s-a considerat că acupunctura poate fi inclusă printre aceste metode „reflexoterapice", lucru numai în parte adevărat. Rezerva pe care o avem faţă de interpretarea pur reflexoterapică a acupuncturii se datoreşte imposibilităţii de a explica prin această ipoteză unele fapte şi anume:

— În cazul durerii viscerale tratate prin acupunctură, de exemplu, nu se poate vorbi de inhibiţia unei senzaţii dureroase (cea viscerală) printr-o altă senzaţie dureroasă (cea produsă de stimularea cu ajutorul acelor), întrucît aceasta din urmă este mult mai puţin intensă decît durerea viscerală pe care dorim să o tratăm. Mai mult, trebuie amintit că rezultatele acupuncturii nu sînt direct proporţionale cu importanţa excitaţiei, ci dimpotrivă. Se consideră uneori că rezultatul este cu atît mai bun cu cît senzaţia dureroasă a fost mai mică. Îndeosebi tehnicile japoneze care folosesc introducerea acului în piele, cu ajutorul unui tub metalic, diminuează mult senzaţia dureroasă, fără ca efectul terapeutic să fie mai mic.

— În cazul acupuncturii, punctele active asupra unui organ intern se găsesc de cele mai multe ori la distanţă şi în afara dermatomului sau metamerului de care aparţine organul. Mai mult, practica arată (confirmînd cele scrise în textele vechi chinezeşti) că acupunctura cea mai eficace este aceea care foloseşte în tratarea bolilor manifestate într-o regiune a corpului puncte situate pe partea opusă (contralaterale). De exemplu, bolile organelor extremităţii cefalice se tratează prin puncte situate pe membrele inferioare şi invers, afecţiunile părţii drepte a corpului, prin puncte situate la stînga iar cele ale părţii stîngi a corpului, prin puncte situate la dreapta. Cu alte cuvinte, punctele cele mai indicate se găsesc în afara metamerului sau dermatomului respectiv.

— Nu se poate explica de ce două puncte apropiate, situate într-o zonă inervată de acelaşi nerv, pot avea acţiuni opuse asupra unui organ sau a unei funcţiuni. De exemplu, pe degetul auricular (V) se găseşte un punct ce tonifică funcţia inimii ($I._9$), în timp ce la nivelul osului pisiform (situat la baza aceluiaşi deget) se află alt punct a cărui excitare duce la diminuarea aceleiaşi funcţiuni (punctul $I._7$).

— Nu se poate explica cum o înţepătură efectuată în centrul unui punct activ dă un răspuns maxim, în timp ce o înţepătură efectuată cu cîţiva milimetri lateral de el poate rămîne fără nici un răspuns, deşi, fără îndoială, ambele înţepături sînt efectuate pe un teritoriu cutanat inervat de acelaşi nerv. În fine,

— Nu se poate explica specificitatea de acţiune a punctelor înşiruite de-a lungul unui meridian, adică nu se pot explica multiplele efecte pe care le poate produce înţeparea diferitelor puncte ale aceluiaşi meridian.

Dacă analizăm cu atenţie argumentele de mai sus, vom observa că diferenţa cea mai importantă între metodele „reflexoterapice" şi acupunctură constă în faptul că primele îşi bazează acţiunea pe o excitare cutanată în teritoriul metamerului de care ţine organul respectiv, respectînd dispoziţia inervaţiei somatice. Devine evident că segmentul aferent al arcului reflex normalizator implicat este reprezentat de calea somatică, în timp ce

calea aferentă a acestui arc reflex este de natură vegetativă. În acest caz, vorbim de un reflex mixt, somatovegetativ.

Întrucît acupunctura își exercită efectele prin stimularea unor puncte situate în afara metamerului respectiv, apare de asemenea evident că aceste efecte sînt mediate nu de reflexe somatovegetative, ci probabil de reflexe vegetative pure, în care atît aferența cît și eferența sînt vegetative.

Întrucît repartiția periferică a sistemului nervos vegetativ nu mai respectă metameria, evidentă pentru inervația somatică, se poate explica de ce o înțepătură cutanată poate influența activitatea unui organ intern care se găsește în afara metamerului de care ține intervenția somatică a teritoriului cutanat pe care se află punctul înțepat.

Ținînd seama de aceste date, ipoteza noastră de acțiune a acupuncturii, pe care o vom argumenta imediat, este următoarea:

Punctele de acupunctură reprezintă „zone de concentrare vegetativă", avînd o relație precisă cu organele interne, a căror stimulare este capabilă să producă o serie de modificări normalizatoare la nivelul acestora, în situația în care funcția lor este modificată.

Argumentele pe care le putem aduce în acest sens sînt următoarele:

— Fața internă a ecranului biologic cutanat, reprezentat de derm, este o structură bogat inervată, în raport în primul rînd cu existența unei duble rețele vasculare, prevăzută cu numeroși receptori provenind din rețeaua nervoasă perivasculară.

— Kellner (1967) descrie punctele de acupunctură ca zone prevăzute cu terminații nervoase mai numeroase, în raport cu zonele cutanate indiferente.

— Rezistența electrică cutanată, mai scăzută la nivelul punctelor active, trădează de asemenea un tonus vegetativ crescut în aceste zone punctiforme.

— Reacția eozinopeniantă ce apare după stimularea punctelor de acupunctură indică o activare a axului hipotalamohipofizocorticosuprarenal. Or, între acest sistem și centrii vegetativi hipotalamici există o strînsă relație anatomică și funcțională.

Mai greu de explicat ar fi relația dintre proiecția spațială cutanată a punctelor de acupunctură și activitatea organelor interne. În acest sens, trebuie să facem apel la datele de embriologie, care arată că porțiunea epidermică a pielii are, ca și sistemul nervos și organele de simț, o origine comună, în timp ce dermul și, în primul rînd, sistemul vascular plexiform dublu de la acest nivel, au o origine mezodermică. Datorită particularităților structurale

și funcționale ale pielii, care joacă rolul unui ecran biologic receptor al mediului extern și datorită originii sale comune cu cea a sistemului nervos, la nivelul centrilor nervoși superiori va exista o proiecție punct cu punct a întregului teritoriu cutanat. Tot la nivelul centrilor nervoși superiori există o proiecție precisă a tuturor organelor interne, inclusiv a dermului, care după cum am arătat reprezintă un adevărat organ intern (așa cum o trădează și originea sa mezodermică). Secretul acțiunii specifice a punctelor de acupunctură constă, după părerea noastră, în relația existentă între proiecția la suprafața pielii a unor puncte dermice, avînd la rîndul lor relații precise cu activitatea organelor interne, prin intermediul proiecției lor comune la nivelul centrilor nervoși superiori. Excitarea acestor puncte dermice, prevăzute cu un bogat aparat receptor vegetativ, va iniția o serie de reflexe vegetative pure, avînd căi aferente, centrii și căi eferente de natură vegetativă.

Din păcate, nu se cunoaște pînă în prezent drumul precis parcurs de stimulul cutanat pentru a ajunge la organul a cărui funcție dorim să o influențăm, întrucît repartiția periferică a aferentelor vegetative nu se cunoaște încă cu siguranță. Căile sugerate de dispoziția cutanată a punctelor de acupunctură ar putea constitui pentru neurofiziologi un interesant punct de pornire.

Sintetizînd datele expuse în capitolele anterioare, ceea ce cunoaștem pînă în prezent cu siguranță din structurile implicate în mecanismele de acțiune ale acupuncturii sînt:

Ecranul biologic cutanat cu cele două fețe: fața epidermică și fața hipodermică; la nivelul feței epidermice sînt proiectate peste 700 de puncte cu o repartiție spațială bine determinată și care constituie imaginea de suprafață a unor zone de concentrare vegetativă dermică, a căror stimulare cu ajutorul înțepăturilor asigură specificitatea de reacție.

Modificările organice și funcționale specifice care apar după stimularea punctelor de acupunctură și care în prezent pot fi obiectivate și apreciate cantitativ, așa cum am mai arătat în capitolul II.

Avem argumente suficiente pentru a crede că între stimulul aplicat în punctele active și organul efector se interpun căi aferente vegetative, centrii vegetativi și căi eferente vegetative. Care este însă drumul parcurs de aceste căi, care sînt centrii în care stimulul cutanat este prelucrat și de unde pornește reacția eferentă normalizatoare, sînt probleme care nu și-au găsit încă un răspuns.

În fine, rămîne de explicat un ultim aspect, şi anume: disproporţia existentă între lipsa de însemnătate a stimulilor cutanaţi realizaţi cu ajutorul înţepăturilor şi mărimea remarcabilă a reacţiilor organofuncţionale ce apar în cursul tratamentului prin acupunctură. Aceeaşi disproporţie apare şi între suprafaţa imensă a ecranului biologic cutanat (peste 1,6 m^2) şi suprafaţa totală a punctelor active cutanate, care nu însumează nici măcar 1% din întregul înveliş cutanat. Cu toate acestea, această mică suprafaţă, fragmentată în peste 700 de zone, avînd fiecare cîţiva mm^2 este suficientă pentru a stabili un imens număr de circuite vegetative care vor fi activate în momentul în care acele sînt introduse la nivelul punctelor de acupunctură. Totul se petrece ca în mecanismele cibernetice de reglaj, care în organism asigură, prin intermediul sistemului nervos (sisteme neurocibernetice), homeostazia multiplelor constante care caracterizează mediul intern. În aceste cazuri, circuitele neuroendocrinocibernetice ce funcţionează pe baza principiului de *feed-back,* pornesc din mediul intern şi se închid tot la nivelul lui, după ce au trecut prin sistemul nervos.

Pentru a înţelege mecanismul neurocibernetic care intervine în reglarea organelor interne, ca urmare a aplicării terapeutice a acelor, cîteva noţiuni sînt indispensabile. Astfel, prin teoria informaţiei, se înţelege studiul modului de transmitere, pe prelucrare şi conservare a informaţiei. Prin informaţie, în activitatea sistemului nervos, se înţelege totalitatea aferenţelor primite de el de la nivelul organelor de simţ şi de la nivelul organelor interne, care îi furnizează date despre schimbările survenite în mediul extern şi mediul intern al organismului. Prelucrarea informaţiilor primite şi emiterea răspunsului adecvat sînt asigurate de existenţa celor 14 miliarde de neuroni ce alcătuiesc sistemul nervos şi care trădează o complexitate nebănuită.

Prin coduri se înţeleg semnalele care pornesc de la organele receptoare şi care sînt purtătoare de informaţii. Pentru a putea aduce informaţiile necesare privind modificările fizico-chimice ale mediului intern şi extern la nivelul receptorilor cutanaţi şi a celor interni, excitaţiile realizate de aceste modificări trebuie codificate într-un anumit mod. Astfel, calitatea excitaţiei este codificată „spaţial", cu alte cuvinte, un influx nervos care porneşte dintr-o anumită zonă periferică se traduce la nivelul sistemului nervos sub forma unei senzaţii: senzaţie luminoasă, dacă excitantul porneşte de la retină, senzaţie dureroasă dacă excitantul porneşte de la nivelul terminaţiilor nervoase sensibile la stimulii dureroşi etc.

Cantitatea informaţiei este codificată de către receptori în raport cu frecvenţa impulsurilor care se deplasează de-a lungul nervului, pornind de la periferie. Codificarea se face atîta timp cît excitantul este aplicat pe receptor. La nivelul sistemului nervos, informaţiile care determină eferenţe pozitive sînt numite fenomene excitatorii, în timp ce acelea care determină efecte negative, sînt numite fenomene inhibitorii. Cum în sistemul nervos nu circulă decît impulsuri modulate ca frecvenţă, rezultă că între excitaţie şi inhibiţie nu există o diferenţă în ceea ce priveşte structura mesajului nervos. Acest lucru este important pentru explicarea efortului tonifiant sau dispersant, realizat prin aplicarea aceluiaşi stimul în puncte diferite.

Este ştiut că la animalele evoluate, etajele superioare ale sistemului nervos controlează etajele sale inferioare şi, prin ele, funcţionalitatea întregului organism. Cu alte cuvinte, la nivelurile superioare ale sistemului nervos există o proiecţie a tuturor organelor şi a tuturor mecanismelor care controlează activitatea lor. Deci, întreaga activitate vegetativă a organismului nu reprezintă decît o activitate reflexă complexă care controlează funcţia organelor interne. Tot la aceste niveluri se proiectează, bineînţeles, şi tulburările ce apar în funcţia unuia sau altuia din organe, iar atunci cînd acestea capătă o oarecare intensitate, se traduc la nivelul conştiinţei, sub forma unor senzaţii specifice tulburării respective, senzaţii care reprezintă manifestările subiective ale bolilor (durere, astenie, ameţeli etc.).

După concepţia chineză, un organism care se află în perfectă stare funcţională (traducere a unui echilibru energetic perfect) este inaccesibil atacurilor dereglante externe, capabile să declanşeze o boală oarecare. Dimpotrivă, un dezechilibru energetic duce la proasta funcţionare a unui organ, care în această stare fiind nu va putea face faţă atacurilor dereglante despre care am vorbit. Această concepţie ar putea fi tradusă astfel: atîta vreme cît etajele nervoase superioare, care controlează activitatea organelor interne, funcţionează perfect, atacurile dereglante exterioare vor fi anihilate de ansamblul funcţiilor de apărare ale organismului, la care participă fiecare organ şi fiecare funcţiune, acestea nepermiţînd atacurilor respective să declanşeze tulburările care să ducă, în final, la apariţia bolii. Dimpotrivă, dacă reflexele care stau la baza activităţii unui organ oarecare nu se vor mai produce conform calităţilor lor naturale, organul şi funcţia sa vor fi dereglate, posibilităţile de apărare vor fi diminuate, iar atacurile dereglante externe sau interne vor putea realiza la acest nivel tulburările care vor avea expresia unei boli oarecare.

Care este mecanismul prin care înţepăturile (informaţiile) cutanate, efectuate în punctele active, duc la apariţia modificărilor normalizatoare la nivelul organelor interne? Cele peste 700 de puncte active dermice, proiectate la suprafaţa corpului şi descrise cu mai bine de 2 500 de ani în urmă, reprezintă adevărate „borne" prin care pot fi stabilite tot atîtea circuite informaţionale, avînd o specificitate de informaţie în funcţie de modul în care informaţia este codificată.

Punctele de acupunctură ar reprezenta „o memorie" a pielii, privind relaţiile sale cu sistemul nervos şi organele interne, memorie redeşteptată în mod voit de către acupunctură prin înţepăturile efectuate în scop terapeutic. Cu ajutorul înţepăturilor efectuate în puncte cu o determinare spaţială precisă, centrii nervoşi superiori vor fi informaţi despre tulburarea unui anumit mecanism reglator. O dată informaţia primită, ea va fi „prelucrată" şi „amplificată" în aşa fel că este de aşteptat ca mărimea răspunsului periferic să fie disproporţionat de mare în raport cu neînsemnătatea stimulilor cutanaţi.

Alegerea punctelor capabile să informeze corect centrii nervoşi despre dereglarea unui organ intern şi indirect, să ducă la normalizarea acestei funcţii, trebuie făcută ţinînd seama de faptul că tulburarea funcţiei respective se va reflecta la nivelul punctelor dermice de corelaţie, prin creşterea tonusului lor vegetativ (scăderea cronaxiei senzitive, scăderea rezistenţei electrice cutanate, creşterea potenţialului electric şi sensibilitatea la presiune). Întrucît tulburarea activităţii unui organ la un anumit individ are totdeauna caracteristici particulare, o aceeaşi afecţiune poate să se proiecteze la nivelul pielii în mod diferit, de la individ la individ. De fapt, acupunctura nu constă în a înţepa o serie de puncte cutanate, ci în a alege din cele peste 700 de puncte pe cele mai potrivite pentru înlăturarea dezechilibrului prezent.

În ce priveşte efectul tonifiant sau dispersant al unei înţepături (care naşte totdeauna acelaşi influx nervos), specificitatea informaţională poate fi realizată pe trei căi: printr-o *codificare spaţială* (înţeparea unui punct de tonificare va informa sistemul nervos despre o dereglare în minus a funcţiei unui organ, în timp ce înţeparea unui punct de dispersie îl va informa despre o dereglare în plus a aceleiaşi funcţii), printr-o *codificare temporară* a informaţiei, în funcţie de timpul de menţinere pe loc a acelor, precum şi printr-o *codificare modulaţională* reprezentată prin alte caracteristici ale fluxului informaţional, al căror elucidare a început în mod promiţător.

Întrucît deseori am menţionat termenul de „proiecţie cutanată" a unui organ, am dori să facem următoarea remarcă: această noţiune trebuie înţeleasă ca o proiecţie dinamică, care apare sau dispare în raport cu o serie de factori pe care în prezent nu-i putem individualiza cu precizie. Există fără îndoială o proiecţie cutanată stabilă a organelor la nivelul unor anumite puncte dintre care fac parte, de exemplu punctele zise specializate ale afecţiunilor şi care se utilizează de obicei în toate tulburările unui organ intern. Ele constituie „borne" capabile să pună în mişcare circuite multiple, greu de urmărit şi de interpretat. Pe lîngă acestea, există o proiecţie dinamică a organelor interne, proiecţie care apare odată cu apariţia unei tulburări şi dispare o dată cu dispariţia ei.

4. BAZELE TRADIŢIONALISTE ALE MEDICINEI EXTREM-ORIENTALE

Medicina orientală s-a dezvoltat pe baza unei doctrine diferită de concepţiile occidentale, la formarea şi aprofundarea căreia a contribuit în mod decisiv o practică milenară, efectuată pe aproape o treime din populaţia lumii. Susţinătorii acestei doctrine operează cu concepte şi noţiuni uneori foarte greu de asimilat, a căror valabilitate a fost numai parţial demonstrată de către cercetările moderne, dar a căror cunoaştere este deosebit de utilă pentru înţelegerea şi practicarea ei corectă, datorită faptului că la baza lor stau observaţia şi experienţa unei şcoli cu o veche tradiţie. Unele din aceste noţiuni şi-au găsit echivalenţe în fiziologia şi fiziopatologia clasică, aşa cum vom arăta într-un capitol ulterior. Este foarte probabil că în viitorul apropiat vor fi disponibile date care să permită înţelegerea şi utilizarea şi a altora. În cursul expunerii noastre, vom fi obligaţi, deci, să menţionăm o serie de termeni clasici extrem-orientali utilizaţi în prezent în literatura internaţională de specialitate.

Premisa fundamentală a acestei doctrine este că tot ceea ce există în univers este format din două forţe opuse dar complementare — Inn şi Yang — care acţionează una asupra alteia şi se află în permanentă transformare. Naşterea şi dezvoltarea, schimbarea şi distrugerea tuturor fiinţelor şi lucrurilor sînt bazate pe principiul mutaţiei continue — Inn-Yang — care este la originea tuturor fenomenelor din univers.

În medicină, activităţile organice, apariţia şi dispariţia bolilor, sînt dependente de fenomenele de mutaţie Inn-Yang, ale căror caractere esenţiale sînt opoziţia şi complementaritatea. Se poate spune că aceste principii sînt peste tot aceleaşi şi posedă o anumită analogie cu diferite obiecte ori categorii din natură: cerul este Yang, pămîntul Inn; ziua Yang, noaptea Inn; bărbatul Yang, femeia Inn; energia ce stă la baza tuturor proceselor din organism Yang, iar sîngele Inn etc.

Aceste exemple arată că oricare fiinţă din univers poate să fie considerată Inn sau Yang, după caracterele sale. Atunci cînd noţiunea este aprofundată şi i se lărgeşte sensul, se constată că mişcarea şi repausul, lumina şi obscuritatea, excitaţia şi inhibiţia, exteriorul şi interiorul, „imaterialul" şi materialul, frigul şi căldura sînt în relaţie reciprocă, complementară, ca şi cele două principii Inn-Yang.

Mai mult, cu toate că aceste două noţiuni sînt abstracte, ele au o bază materială care cuprinde, în general, tot ceea ce este opus dar complementar.

Se poate spune că fiecare fiinţă sau obiect poate fi încadrat într-una din cele două categorii, dar în fiecare dintre ele se manifestă, în mod secundar, şi aspecte ale categoriei complementare. Astfel, de exemplu, ziua este Yang, iar noaptea Inn, dar, în cursul zilei se disting „Yang în Yang" şi „Inn în Yang"; la fel, noaptea se împarte în „Yang în Inn" şi „Inn în Inn".

În tratatul antic So-Ouenn (cap. V) această evoluţie este descrisă în felul următor:

Din zorii zilei pînă la amiază este partea Yang a zilei, corespunzătoare aspectului „Yang în Yang"; de la amiază pînă la asfinţit, tot partea Yang a zilei, corespunzătoare însă aspectului „Inn în Yang", de la asfinţit pînă la cîntecul cocoşului partea Inn a zilei, corespunzătoare aspectului „Inn în Inn", iar de la miezul nopţii pînă în zori, tot o parte Inn a zilei, corespunzătoare aspectului „Yang în Inn".

Cele două principii Inn şi Yang nu sînt criterii de opoziţie absolută, ci de opoziţie relativă, care nu reprezintă fiinţe ori obiecte într-o manieră stabilă, ci evoluează în strînsă relaţie cu transformările acestora. Aceste două polarităţi nu reprezintă numai cupluri de fiinţe ori lucruri opuse ci şi fenomene de opoziţie în interiorul fiecărei fiinţe ori fiecărui obiect, care nu este absolută, dată fiind existenţa unor raporturi de asistenţă mutuală.

În fiziologia umană, activităţile organice nu se pot manifesta corect decît sub acţiunea substanţelor nutritive, iar alimentele au nevoie de activitatea organelor pentru a putea fi transformate în substanţe nutritive care, la rîndul lor, ajută organele să-şi îndeplinească funcţiile. Astfel, se poate spune că „materia" produce „activităţi" care, la rîndul lor, produc „materia" şi aceasta la infinit. Deci starea de repaus relativ a energiei („materia" în sensul filozofiei antice chineze) este Inn, iar activitatea (mişcarea) Yang; în general, se poate spune că Inn-ul întreţine Yang-ul, dar că Yang-ul îşi exercită acţiunea asupra Inn-ului. Ele se stimulează şi se asistă reciproc, simultan.

Din acest motiv se menţionează în So-Ouenn (cap. V): „... Inn-ul se găseşte în interiorul corpului şi conservă Yang-ul; acesta din urmă se află la exterior şi ajută Inn-ul".

Opoziţia dintre Inn şi Yang nu implică ideea unei opriri fără transformare fiindcă, deşi în opoziţie, ele se susţin, provocînd, într-o manieră discontinuă, fenomene de alternanţă. O parte poate fi slabă iar cea opusă puternică; o parte progresează iar alta regresează... În acest cadru al alternanţei Inn-ului şi Yang-ului se dezvoltă şi evoluează fiinţele şi lucrurile.

În stare normală, această transformare nu produce nici un dezechilibru, datorită acţiunilor inhibitorii şi stumilatorii ale Inn-ului şi Yang-ului. Yang-ul ajutat de Inn nu trebuie să ajungă în plenitudine şi tensiune, iar Inn-ul reglat de Yang nu trebuie să ajungă în depleţiune (vid relativ). Evoluţia celor două principii este constant menţinută în cadrul „opoziţiei echilibrate".

Evoluţia fenomenelor naturale, cosmice, cum ar fi evoluţia anotimpurilor, constituie un aspect clasic al transformărilor Inn-ului şi Yang-ului, exprimate clar în So-Ouenn (cap. XVII):

„... la 45 de zile după solstiţiul de iarnă, energia Yang începe să crească iar cea Inn să scadă; 45 zile după solstiţiul de vară energia Inn începe să crească iar cea Yang să scadă; apariţia unei anomalii în această succesiune bine reglată a transformărilor se manifestă prin catastrofe".

Aşadar, opoziţia şi uniunea, creşterea şi regresiunea, echilibrul şi dezechilibrul Inn-ului şi Yang-ului pot explica relaţiile interne ale fiinţelor şi lucrurilor, dezvoltarea şi transformarea lor. Medicina orientală utilizează aceste noţiuni fundamentale pentru a rezolva problemele patologiei şi fiziologiei umane, servindu-se de ele la stabilirea diagnosticului şi planificarea tratamentului. Astfel, So-Ouenn (cap. IV):

„Atunci cînd principiile Inn şi Yang se aplică la om, spatele este Yang, iar abdomenul Inn; organele interne (ficatul, inima, splina, plămînii şi rinichii) sînt Inn, iar viscerele cavitare (vezicula biliară, intestinul subţire, stomacul, intestinul gros şi vezica urinară) — Yang. Atunci cînd echilibrul de opoziţie Inn-Yang nu mai poate fi menţinut în organism, se produc manifestările patologice" (So-Ouenn, cap. V).

„Atunci cînd Inn-ul ajunge în plenitudine, Yang-ul este bolnav şi invers; ... Yang-ul în plenitudine se manifestă prin febră iar Inn-ul prin frisoane. Un exces de Inn (rece) se transformă în Yang (căldură), sau un exces de Yang (căldură) în Inn (rece)..."

„Atunci cînd energia Inn circulă liniştit, energia Yang este bine menţinută iar moralul omului în bună stare; atunci cînd Yang-ul şi Inn-ul se separă, decesul este inexorabil".

„Medicul trebuie să ştie să examineze minuţios Inn-ul şi Yang-ul şi să le regularizeze" (So-Ouenn, cap. VII).

Una din cele mai vechi teorii, datînd dinaintea mileniului III î.e.n., larg răspîndită încă în Extremul Orient, este teoria celor cinci elemente, bazată pe cele două proprietăţi fundamentale ale energiei în cosmos: producerea şi distrugerea acestor elemente (forme de manifestare a energiei în univers) şi anume a metalului, lemnului, focului, pămîntului şi apei în scopul stabilirii relaţiilor dintre „... fapte, lucruri, obiecte, fiinţe...", din care rezultă legile transformării (menţionate în tratatul antic Nei-King=Cartea transformărilor).

În medicină, această teorie este aplicată pe scară largă pentru cercetarea raporturilor dintre diferitele organe, precum şi a relaţiilor dintre diferitele părţi ale organismului uman şi fenomenele exterioare.

Unul din caracterele esenţiale ale celor cinci elemente constitutive ale universului este acela de a se „produce" reciproc (în sensul de a se întreţine, alimenta) în ordinea de mai jos:

Lemn—Foc—Pămînt—Metal—Apă

iar al doilea, cel de a se „distruge" (în sensul de a se suprima şi inhiba) în ordinea:

Lemn—Pămînt—Apă—Foc—Metal—Lemn.

În concordanţă cu legile generale ale transformărilor din natură, „producţia implică distrugerea şi reciproc: atunci cînd cele două aspecte nu se completează, echilibrul natural este perturbat".

Fenomenele de stimulare şi inhibiţie studiate mai sus constituie manifestări fiziologice simultane, discotinue, constante şi normale. În caz de exces sau de insuficienţă, echilibrul nu mai poate fi menţinut şi apar fenomenele de „ampietare" şi de „dominare" (So-Ouenn, cap. LXVII).

„Elementul în mare exces ampietează asupra celui mai slab decît el şi se opune celui care tinde să-l distrugă"; iar elementul în mare insuficienţă are contra lui pe cel pe care tinde să-l „distrugă", precum şi cel asupra căruia „ampietează".

Astfel, atunci cînd în medicină se utilizează conceptul privind cele cinci elemente, se exprimă legea conform căreia există simultan fenomene de excitaţie (stimulare) şi inhibiţie, care se manifestă permanent în organism la nivelul celor cinci organe şi şase viscere cavitare, în scopul menţinerii echilibrului fiziologic (fig. 17 şi 18).

Exemple:

— energia elementului apă în mare exces distruge inițial energia elementului foc (acțiunea inhibitorie normală fiind astfel exacerbată) și se opune simultan celei a elementului pământ (contrariu acțiunii normale în cursul căreia elementul pământ „distruge" elementul apă).

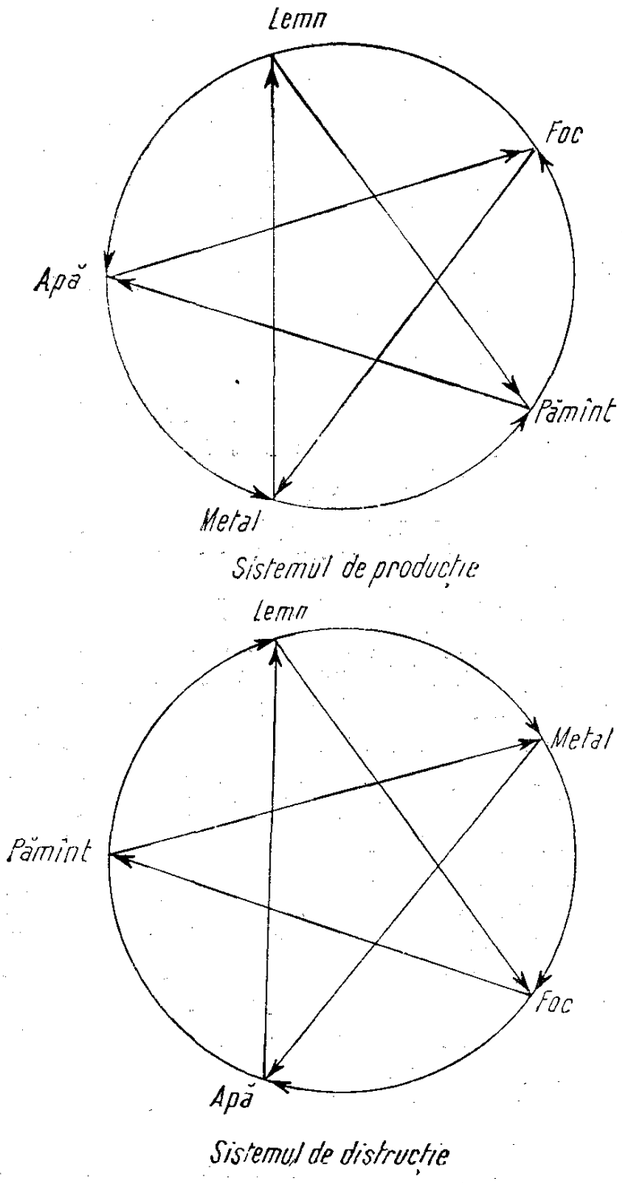


Fig. 17. — Sistemul de producție și distrucție conform legii celor 5 elemente.

În tabelul II sînt prezentate relațiile de analogie dintre cele cinci elemente și fenomene cosmice, anatomice, fiziologice și psihice.

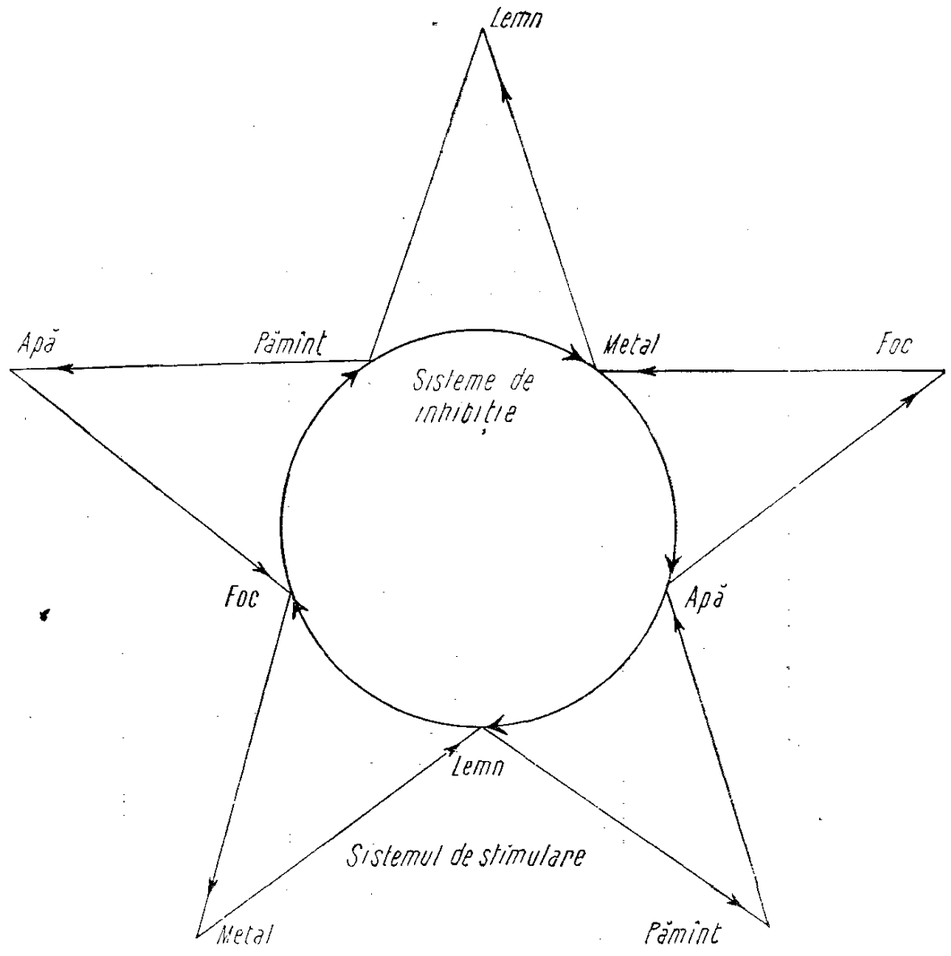


Fig. 18. — Legea celor 5 elemente cu sistemul de inhibiție și stimulare.

Exemplu: *primăvara,* vegetația *începe* să se manifeste și să crească. Prima manifestare a proceselor energetice este creșterea frunzelor, ce se recunosc după culoarea lor *verde.* Elementul *l e m n* este deci simbolul *p r i m ă v e r i i.* Organismul uman se încadrează în procesul general al transformărilor din natură, iar organul corespunzător este *ficatul* (Inn) care, în conformitate cu polaritatea Inn-Yang, este în relație directă cu *vezicula biliară* (Yang).

Prin circulaţia sa energetică profundă, ficatul comunică cu exteriorul la nivelul *ochilor,* iar prin cea superficială, meridianul său principal se ramifică în *muşchi* şi *tendoane.*

Tabelul II

Relaţii de analogie dintre cele cinci elemente şi fenomenele cosmice, anatomice, fiziologice şi psihice

Fenomene	ELEMENTE				
	Lemn	Foc	Pămînt	Metal	Apă
Gusturi	Acru	Amar	Dulce	Picant	Sărat
Culori ale tenului	Verde	Roşu	Galben	Alb	Negru
Energii	Vînt	Căldură	Umiditate	Uscăciune	Rece
Evoluţii	Naştere	Creştere	Transformare (adult)	Declin	Stagnare (moarte)
Anotimpuri	Primăvara	Vara	Sfîrşitul verii	Toamna	Iarna
Organe	Ficat	Inimă	Splină	Plămîni	Rinichi
Viscere cavitare	Veziculă biliară	Intestin subţire	Stomac	Intestin gros	Vezica urinară
Simţuri	Ochi	Limbă	Gură	Nas	Urechi
Straturi ale corpului	Muşchi	Vase	Ţesut subcutanat	Pielea şi pilozitate	Oase
Sentimente	Mînie	Bucurie	Griji, obsesii	Supărare, tristeţe	Frică

În clinică se observă că *excesul* (plenitudinea) de energie în *ficat* predispune la irascibilitate (mînie) şi, reciproc, că *mînia* stimulează iniţial şi apoi epuizează energia *ficatului.* Unele boli de origine *hepatică* se pot manifesta la exterior prin culoarea *verde* (icter verdinic).

Se poate deci vedea că teoria celor cinci elemente care evocă frapant conceptul de analogie cu care operează programatorii calculatoarelor electronice are drept scop evidenţierea relaţiilor dintre fenomenele naturale externe (cosmice) şi a diferitelor părţi ale corpului, pentru înţelegerea superioară a problemelor de diagnostic şi tratament.

Cu toată complexitatea lor, bolile evoluează în conformitate cu o lege generală, a cărei cunoaştere este esenţială, spun extremorientalii, pentru practica acupuncturii, şi anume în cadrul trasat de ampietare şi dominare:

— energia parazită („perversă") se deplasează de la un organ la altul în ordinea celor cinci elemente (de exemplu: o tulburare hepatică afectează inima);

— energia parazită („perversă") se deplasează în ordinea inversă a celor cinci elemente (de exemplu: o boală a splinei afectează inima);

— boala evoluează în ordinea „distructivă" a elementelor (de exemplu o boală a ficatului afectează splina);

— boala evoluează în ordinea inversă celei „distructive" (de exemplu: o boală a plămînilor cu afectare cardiacă);

— boala se manifestă într-un singur organ (de exemplu: inima).

Exemplu: în conformitate cu doctrina medicinei orientale, spermatoreea este semnul principal al insuficienţei energetice a rinichilor. După tratatul antic Nei King:

„Rinichii (inclusiv glandele suprarenale) recepţionează şi înmagazinează energia pură a celor cinci organe şi şase viscere cavitare".

În tratatul intitulat „I Sio Jou Men" publicat de Li Ienn în 1575, se explică:

«Atunci cînd cele cinci organe funcţionează normal, ele produc o energie „pură" corespunzătoare, într-o manieră discontinuă. Dacă activitatea unuia din aceste organe este perturbată, se va tulbura în consecinţă producerea energiei „pure" în rinichi şi inimă».

Mai explicit, în afară de insuficienţa renală, spermatoreea poate fi provocată de ruperea echilibrului între alte organe, energia tip „foc" a inimii în mare plenitudine, „atacarea" meridianului Ficat de către energiile parazite („perverse"), umiditatea-căldură, insuficienţa energetică simultană a inimii şi rinichilor, insuficienţa energetică a rinichilor care are drept efect imposibilitatea de reţinere a spermei în organism.

La indivizii care practică abuzuri sau perversiuni sexuale, sursele Yang şi Inn ale energiei rebele diminuează, iar semnele clinice sînt:

— dureri renale;

— ameţeli şi tinnitus;

— spermatoree în timpul somnului şi în timpul zilei.

Tratamentul constă în tonifierea energetică a rinichilor, cu scopul reţinerii spermei.

Reveriile lascive care nu se realizează în timpul zilei şi se transformă în visuri nocturne pot provoca la rîndul lor spermatoreea. În acest caz, trebuie „purificat" elementul foc (inima) şi „calmat" elementul apă (rinichi-Inn).

În acest fel este regularizată energia inimii şi rinichilor, obţinîndu-se vindecarea. Dacă se aplică tehnica tonifierii rinichilor expusă la paragraful precedent, rezultatele nu sînt favorabile.

La persoanele a căror stare generală este deficitară, se constată deseori următoarele:

— senzaţia de curbatură lombară;
— scăderea forţei musculare în membre;
— coşmaruri, transpiraţii reci şi spermatoree fiindcă «energia tip „foc" a inimii este tulburată (ceea ce provoacă transpiraţiile), iar cea de tip „apă" a rinichilor este în vid (ceea ce provoacă spermatoreea). Tratamentul impune restabilirea echilibrului energetic inimă-rinichi».

Medicii din Extremul-Orient au cunoscut importanţa relaţiei dintre om şi cosmos: fiinţa umană trebuie să se adapteze în permanenţă la transformările continue ale mediului înconjurător; transformările energetice neprevăzute, depăşind cadrul evoluţiei ordonate a elementelor, se manifestă ca energii neobişnuite, agresive, parazite ori „perverse", după terminologia orientală — sub formă de vînt, căldură, foc, umiditate, uscăciune şi frig, acestea atacînd organismul în funcţie de potenţialul lor agresiv ori de susceptibilitatea fiinţei vii, accentuată de epuizare ori dezechilibru.

În So-Ouenn (cap. LXVIII) se menţionează:

„Energiile situate între cer şi pămînt sînt supuse unei legi determinate; în caz contrar se produc fenomene anormale, care au drept consecinţă o evoluţie anormală — şi, la om, apariţia bolii" şi «atunci cînd energia organismului este stabilă şi plină de forţă în interiorul acestuia, energiile „perverse" nu pot pătrunde... Singure energiile „perverse" nu pot pătrunde în organism decît dacă acesta din urmă este epuizat sau în dezechilibru energetic». Trebuie să înţelegem deci că îmbolnăvirea este o stare de dezechilibru energetic al organismului care face posibilă pătrunderea unor agenţi nocivi din exterior.

În So-Ouenn (cap. XI) este explicată clar deosebirea dintre organe şi viscere cavitare:

„Organele înmagazinează energia ancestrală (Tinh) şi sînt pline, dar nu dure; viscerele cavitare lasă să treacă şi evacuează, fără să înmagazineze deşeurile digestive şi din acest motiv sînt dure, dar nu pline". Energia în continuă transformare care stă la baza existenţei organismelor vii circulă în interiorul acestora de-a lungul unor căi sau vectori energetici ce poartă numele de „meridiane" (King), care au rolul de a armoniza cantitativ fluxul energetic din diferite organe, viscere şi părţi ale corpului.

Există, în organism, în conformitate cu doxologia orientală, unele viscere aparte, „curioase", care au rolul de a înmagazina anumite forme ale energiei avînd un aspect asemănător viscerelor şi constituie un ansamblu de sisteme organice:

— sistemul cerebro-spinal;
— sistemul osos;
— sistemul circulator (al sîngelui);
— sistemul hepato-biliar;
— sistemul genital.

Pentru realizarea funcţiilor de nutriţie, apărare, circulaţie energetică şi sanguină în organism, energia se diferenţiază calitativ în forma care poartă denumiri precise ce variază în cursul evoluţiei bolilor. Energia „nutritivă" de mişcare („Yong") este prezentată astfel de tratatul antic Nei King:

«Omul recepţionează o parte din energia necesară existenţei sale din cereale, la nivelul stomacului. Această energie se deplasează apoi în cele cinci organe şi şase viscere cavitare, succesiv, începînd cu plămînii. Energia „pură" (de caracter uşor, superior) este cea „nutritivă" („Yong"), iar cea „impură" (de caracter greu, inferior) este cea defensivă („Oe"). Prima circulă în interiorul meridianelor, alimentînd organismul, iar cea de-a doua în afara lor, în ţesutul subcutanat, fibrele musculare şi peritoneu, dispersîndu-se în torace şi abdomen».

Energia Yong şi lichidul organic circulă în interiorul vaselor sanguine (arterelor şi venelor) în scopul alimentării ţesuturilor, atît la exteriorul, cît şi în interiorul organismului, prezentîndu-se sub formă de sînge. Se poate deci spune că energia Yong şi sîngele au aceeaşi origine, dar că Yong este un fenomen energetic în timp ce sîngele o formă de concretizare a acestuia.

Tratatul vietnamez Trung Y Hoc explică în continuare:

„Energia esenţială este energia vitală principală a omului. Energia superioară (provenind din aer, prin respiraţie) şi cea terestră (provenind din alimente, prin intermediul digestiei) sînt numite energii primare. Sub acţiunea celui de-al şaselea viscer energetic (trei focare)* ele se transformă în energii secundare. Acea parte din circuitul energetic care corespunde porţiunilor Yang ale corpului poartă numele de energie Yang, iar cea din porţiunile Inn, în

* Trei focare, vezi p. 76.

același fel; energia Yong se găsește în interiorul corpului, iar cea Oe la exterior".

La unele parturiente, pierderea de lichid organic este foarte mare; cantitatea de sînge din organism se reduce, iar energia mentală diminuează, ceea ce are drept consecințe divagațiile, agitația și uneori chiar tulburări psihice grave. În acest caz, tratamentul constă în tonifierea sîngelui și inimii precum și în tranchilizarea energiei mentale".

Energia Oe face parte (Nguyen Van Nghi) din energia organismului, iar funcțiile sale principale sînt încălzirea tegumentelor, menținerea caracterului neted și catifelat al acestora, hrănirea firelor de păr, închiderea și deschiderea porilor, întreținerea țesutului muscular și apărarea împotriva energiilor „perverse". Atunci cînd energia Oe se opune acestora, bolnavul este febril și se teme de frig; eliminarea energiei parazite se manifestă prin transpirație și scăderea febrei.

Atunci cînd energia și sîngele se deplasează neregulat, se perturbă echilibrul Inn-Yang, se tulbură circulația sanguină și energetică și apare boala.

Termenul „Tinh" exprimă nu numai noțiunea de energie „pură" ci și pe cea de energie ancestrală.

Tratatul antic Nei King explica deja procesul formării fetusului, iar textul Trung Y Hoc, publicat la Hanoi, relatează fenomenul astfel:

„...Din momentul formării sale, fetusul primește de la părinții săi energia ancestrală (Tinh) care stă la baza întregii structuri a organismului, a formării sistemului nervos, osos și muscular. După naștere, copilul primește energia esențială care provine din aer (prin respirație) și pămînt (prin alimente) pentru a realiza condițiile de dezvoltare și pentru a justifica energia ancestrală care se dezvoltă progresiv și se manifestă prin creștere, activitate mentală și sexuală. Sediul energiei ancestrale este în rinichi și glandele suprarenale.

Energia mentală (Than) care, după doctrina medicinei orientale își are sediul în inimă, se manifestă prin gîndire și conștiință. Ea se formează în momentul concepției din energia ancestrală a părinților și se fortifică progresiv, fiind întreținută în mod discontinuu, după naștere, de către energia „pură" (esențială)".

5. MERIDIANELE ȘI PUNCTELE

Meridianele principale și secundare sînt, după doctrina medicinei orientale, vectori energetici sau, altfel exprimat, conductori ai energiei și sîngelui care circulă în organism. Tratatul Trung Y Hoc (Hanoi) le definește astfel:

«Meridianele principale se aseamănă cu șoselele naționale, iar cele secundare cu o plasă care înconjură întreg corpul omenesc. Meridianele au posturile de comandă în organe și viscere cavitare și se distribuie în tot corpul, constituind un sistem organic compus dintr-o multitudine de relee, în fiecare regiune a organismului. Ansamblul se compune din 12 meridiane principale, 8 „curioase", 15 Lo longitudinale, 12 Lo transversale, 12 distincte și 12 tendinomusculare, fără a se mai ține seama de multiplele vase mici care le unesc la nivelul punctelor (365, după Nei King)... Medicii trebuie să cunoască precis regulile activității, obiectivării și subsistenței acestor meridiane pentru a stabili o bază de diagnostic și tratament».

În tratatul antic Nei King se precizează: „În interior, meridianele corespund organelor și viscerelor cavitare, iar la exterior ele sînt în conexiune cu mîinile, picioarele, articulațiile etc. Energia esențială, sîngele, energia ancestrală și cea mentală întrețin și conservă viața. Meridianele servesc drept vehicule pentru sînge și energie, pentru ca acestea din urmă să poată circula..."

Dacă aceste meridiane principale și secundare își pierd echilibrul, rolul lor de apărare împotriva energiilor „perverse" cosmice diminuează: agenții patogeni pătrund în meridiane, în ordinea acestora, pentru a atinge în profunzime organele și viscerele cavitare.

Atunci cînd sînt invers afectate de la început organele și viscerele cavitare (datorită alimentației ori unor cauze psihice), fenomenele patologice iau calea meridianelor principale sau secundare

pentru a se manifesta la exterior, la nivelul membrelor şi articulaţiilor.

În tratatul antic Nei King se spune în continuare: „Posibilitatea distingerii meridianelor Inn şi Yang echivalează cu aceea a recunoaşterii zonei unde se dezvoltă boala şi a regiunilor unde predomină vidul relativ (insuficienţa) şi, respectiv, plenitudinea, precum şi a localizării bolii în partea superioară ori inferioară a corpului".

În fiziologie, meridianele reprezintă căile circulatorii ale energiei şi sîngelui; în patologie, căile de pătrundere ale energiei „perverse"; în terapeutică, ele reprezintă în acelaşi timp căile de manifestare ale efectelor medicamentelor, precum şi cele de recepţie ale excitaţiilor realizate prin instrumente (ace) în cursul tratamentului (Nguyen Van Hghi).

De aceea: „... medicii trebuie să aprofundeze regulile de utilizare a meridianelor pentru a fi în măsură să determine diagnosticul, în scopul aplicării tratamentului" (Trung Y Hoc).

5.1. MERIDIANE PRINCIPALE

Cele 12 meridiane principale constituie pivotul sistemului meridianelor şi corespund organelor, viscerelor cavitare şi pericardului („maître du coeur"). Ele parcurg bilateral capul, faţa, corpul şi membrele, pe partea lor externă cînd sînt de tip Yang, şi pe cea internă cînd sînt Inn. Fiecare meridian are traiectul său propriu, spaţiile dintre traiecte fiind parcurse de o multitudine de vase mici de legătură.

În tabelul III ce urmează redăm, după Voisin (1966), punctele de comandă ale meridianelor.

La mînă, fiecare meridian Inn iese dintr-un organ şi poartă numele acestuia, iar fiecare meridian Yang pătrunde într-un viscer cavitar, avînd acelaşi nume.

La picior, fiecare meridian Yang iese dintr-un viscer cavitar, purtîndu-i numele, iar fiecare meridian Inn pătrunde într-un organ, cu nume identic. Fiecare meridian Inn de la mînă ajunge la extremitatea unui deget, unindu-se cu un meridian Yang, iar acesta din urmă intră în torace la nivelul fosei supraclaviculare şi pătrunde, iniţial, într-un viscer cavitar, apoi într-un organ. La picior, lucrurile se petrec invers.

În felul acesta se constituie sistemul de relaţie Inn-Yang interior-exterior, a cîte două meridiane principale, dintre care unul este Inn iar celălalt Yang. Fiecare meridian Yang de la mînă la

Tabelul III

Punctele de comandă ale meridianelor

	Tonifiere	Dispersie	Sursă	"Lo"	Asentiment	Alarmă
I.	9	7	7	5	V.15	V.C.14
S.	41	45	42	40	V.21	V.C.12
F.	8	2	3	5	V.18	F.14
I.G.	11	2	4	6	V.25	S.25
I.S.	3	8	4	7	V.27	V.C.4
V.S.	9	7	7	6	V.14	—
P.	9	5	9	7	V.13	P.1
R.	7	2	5	6	V.23	V.B.25
S.P.	2	5	3	4	V.29	F.13
T.F.	3	10	4	5	V.22	V.C.5
V.U.	67	65	64	58	V.28	V.C.3
V.B.	43	38	40	37	V.19	V.B.24

extremitatea cefalică se uneşte cu cîte un meridian Yang de la picior, care coboară pînă la un deget de la picior, unindu-se cu cîte un meridian Inn care, la rîndul său, urcă spre torace pentru a se uni cu cîte un meridian Inn al mîinii. Ordinea circulaţiei energiei în meridianele principale este următoarea:

Plămîn (orele 3—5 dim.)	Intestin gros (5—7)	Stomac (7—9)
Inn-picior	Yang-mînă	Yang-picior
Splină-pancreas (9—11)	Inimă (11—13)	Intestin subţire (13—15)
Inn-picior	Inn-mînă	Yang-mînă
Vezică urinară (15—17)	Rinichi (17—19)	Pericard (19—21)
Yang-picior	Inn-picior	Inn-mînă
Triplu focare (21—23)	Veziculă biliară (23—1 dim.)	Ficat (1—3)
Yang-mînă	Yang-picior	Inn-picior

Orele indicate între paranteze arată perioada de plenitudine a fiecărui meridian. Intervalul opus pe cadranul orar (de exemplu, intervalul 23—1 dim. faţă de cel 11—13) reprezintă perioada în care fluxul energetic este diminuat.

Observaţie. În planşele care urmează sînt cuprinse numai traiectele exterioare pe care se găsesc punctele utilizate în terapie, deşi în text au fost descrise şi traiectele interne ale meridianelor cu conexiunile respective.

5.1.1. MERIDIANUL PRINCIPAL AL PLĂMÎNILOR (Planşa I)

Începe în interior la nivelul porţiunii medii a traiectului intern al meridianului trei focare, coboară spre intestinul gros, urcă la cardia, traversează diafragmul, intră în plămîni, urmează traheea pînă la gît şi coboară din nou în axilă la punctul Iunn-Menn ($P._2$). El coboară apoi pe faţa anterioară a braţului, trecînd înaintea meridianului principal al pericardului şi inimii, pentru a ajunge la cot, în punctul Tche Tsre ($P._5$).

În continuare, parcurge antebraţul pînă la plica pumnului (Tae Iuann, $P._9$), parcurge mîna paralel cu marginea externă a eminenţei tenare şi se termină la unghiul unghial extern al policelui.

Un vas secundar (Lo) pleacă din punctul Lie Tsiue ($P._7$) situat la o distanţă şi jumătate deasupra plicii pumnului, în prelungirea şanţului radial şi, parcurgînd marginea internă a eminenţei tenare, merge direct la unghiul unghial al indexului, pentru a se uni cu meridianul principal al intestinului gros, în punctul Chang-Yang ($I.G._{11}$).

Tulburările meridianului (rezumativ)

— Energii „perverse":
„bombarea toracelui";
tuse, dispnee, astm.

Dureri lancinante în fosa supraclaviculară. În cazurile grave: astm, bolnavul îşi strînge toracele cu mîinile, „vedere tulbure".

— Perturbări interne:
tuse, astm cu senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;
sete;
senzaţia unor tulburări gastrice;
bombarea toracelui cu respiraţie scurtă;
durere pe faţa anterioară a braţului;
senzaţie de rece ori cald în palme.

— Plenitudine:
dureri de umeri şi spate. Iniţial, plenitudinea este datorită prezenţei energiei „perverse" care dintr-un ram secundar (meridian tendino-muscular) trece în meridianul principal, manifestîndu-se prin transpiraţii şi polakiurie, în care agentul este constituit din asocierea curent de aer („vînt")-rece.

— Vid relativ (insuficienţă):
dureri lancinante în umeri şi spate;
„teamă de frig";
dispnee, polipnee;
urini decolorate.

Între cele 11 puncte bilaterale ale meridianului, cele mai importante sînt următoarele:

1. Tchong Fou situat la 1 d 6/10 sub claviculă, în afară şi lateral faţă de coasta a 3-a (precizăm că „distanţa" este egală cu lungimea intervalului dintre pliurile de flexiune situate la ambele extremităţi ale celei de-a doua falange a mediusului, pe faţa ei interioară.

Stimularea punctului este indicată în special în:

— tuse, dispnee, astm bronşic, dureri ale peretelui toracic anterior, umărului şi gîtului.

2. Iunn Menn, situat într-o fosetă sub claviculă, pe artera subclaviculară, la 2 d intern faţă de pliul axial anterior.

Indicaţii asemănătoare cu 1 P.

5. Tche Tsre, situat în plica cotului, într-o fosetă, pe faţa externă a tendonului bicipital. Este punctul „Ho" al meridianului, corespunzător elementului apă, meridianului rinichi şi este considerat punctul de dispersie.

Indicat în special în:

— dureri ale umărului şi cotului, tuse, expectoraţie sanguinolentă, opresiune, dispnee, astm bronşic, disfagie.

7. Lie Tsiue, localizat la două „distanţe" deasupra plicii pumnului, în prelungirea şanţului radial, exact la extremitatea indexului, atunci cînd încrucişînd policele ambelor mîini se aplică faţa palmară a uneia, pe cea dorsală a celeilalte. Este punctul Lo (de trecere) de la care pleacă vasele secundare Lo (transversal şi longitudinal), punct cheie al meridianului curios Jenn Mo.

Indicat în special în:

— tuse, anginâ, hemicranie, dureri ale cotului, senzaţia de căldură palmară, polakiurie.

9. Tae Iuann, situat pe faţa anterioară a pumnului, pe pliul de flexiune, deasupra arterei radiale.

Este punctul Iu-Iunn („sursă"), al meridianului, corespunzător elementului pămînt şi meridianului Splină-Pancreas şi în acelaşi timp punct de tonifiere.

Indicat în:

— tuse, hematemeză, astm cu tuse consecutive frigului.

11. Chao Chang, localizat la 2 mm lateral de unghiul unghial extern al policelui. Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului lemn şi punctul de plecare al meridianului tendino-muscular al plămînului.

Indicat în special în:

— sincopă, afecţiuni pulmonare inflamatorii, unele forme de tinnitus, tuse, disfagie, accident vascular cerebral.

5.1.2. MERIDIANUL PRINCIPAL AL INTESTINULUI GROS (Planşa II)

Începe de la unghiul unghial extern al indexului, parcurge marginea supero-externă a acestuia din urmă, ajunge la unghiul format de primele două metacarpiene, trece pe faţa posterioară a radiusului, ajunge la extremitatea externă a pliului de flexiune a cotului, parcurge marginea externă a braţului, ajunge la umăr, apoi la cea de-a 7-a vertebră cervicală, urcă la gît, ajunge la maxilarul inferior, se încrucişează sub septul nazal cu cel de partea opusă şi se sfîrşeşte pe marginea inferioară a nasului, lateral, unde se uneşte cu medianul stomacului. Un vas secundar coboară în fosa supraclaviculară, pătrunde în plămîn, traversează diafragmul şi ajunge în cele din urmă în intestinul gros.

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
  odontalgie;
  angină, tumefierea gîtului.
— Perturbări interne.

Rolul esenţial al acestui meridian fiind echilibrarea lichidelor din organism, tulburările lui se traduc prin:
  subicter al conjunctivelor;
  xerostomie (uscăciunea gurii);
  rinoree şi epistaxis;
  angină, disfagie;
  dureri ale braţului şi feţei anterioare a umărului;
  imobilizarea antalgică a indexului.
— Plenitudine:
  senzaţia de căldură şi tumefiere pe traiectul meridianului.
— Vid relativ (insuficienţă):
  tremurări consecutive frigului.

Senzaţia că timpul se scurge prea lent. De asemenea, în simptomatologia afectării meridianului se menţionează durerile abdominale, borborismele, diareea ori constipaţia, dizenteria, rinoreea ori epistaxisul şi unele tulburări respiratorii.

Între cele 20 de puncte bilaterale ale meridianului, cele mai importante sînt:

1. Chang Yang, situat la 2 mm de unghiul unghial extern al indexului.

Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului metal şi reprezintă locul de ramificare al meridianului tendino-muscular.

Indicaţiile sale principale sînt:

— dermatozele feţei, acnee, odontalgie, alergie şi tumefieri ale maxilarelor, unele nevralgii faciale, tinnitus, surditate, febră cu delir, tulburări oculare.

2. El Tsienn, localizat într-o fosetă înaintea şi pe faţa anterioară a marginii externe a articulaţiei metacarpofalangiene a indexului. Este punctul Iong al meridianului, corespunzător elementului apă şi în acelaşi timp punctul de dispersie al meridianului, indicat în cazurile de plenitudine.

4. Ro Kou situat pe faţa dorsală a mîinii, într-o fosetă formată de extremităţile proximale ale primelor două metacarpiene.

Este punctul Iunn (sursa) al meridianului, la care ajunge vasul Lo venind de la plămîni.

Principalele sale indicaţii sînt:

— paludism, cefalee, tulburări de vedere, keratită, epistaxis, afecţiuni provocate de curente de aer (vînt), afonie.

6. Pienn Li localizat pe marginea postero-externă a antebraţului, la 3 distanţe de pliul de flexiune al pumnului, pe traiect.

Este punctul Lo (de la care pleacă vasele secundare Lo longitudinal şi transversal).

Indicat în special în:

— carii dentare, surditate, tulburări de vedere, epistaxis, tinnitus, alergie, inflamaţii ale cotului şi pumnului.

11. Tsiou Tchre, localizat la extremitatea externă a pliului de flexiune a cotului.

Punct Ho, corespunzător elementului pămînt şi meridianului Stomac, de tonifiere, indicat în special în:

— dureri şi tumefieri ale cotului şi braţului, hemiplegie, febră, urticarie, bufee de menopauză*.

20. Ing Siang, localizat într-o fosetă, la 1/2 distanţă de marginea inferioară a aripii nasului, indicat în special în:

— toate afecţiunile nasului (obstruare, rinoree, rinită alergică, polipi, epistaxis, tulburări ale mirosului), edem facial.

5.1.3. MERIDIANUL PRINCIPAL AL STOMACULUI (Planşa III)

Începe în regiunea fronto-parietală, coboară la unghiul maxilarului inferior, urcă sub orbită şi coboară spre ramura orizontală a mandibulei, deasupra arterei faciale în fosa supraclaviculară (un vas secundar se detaşează din traiectul facial, ajunge în fosa su-

* Punctele 4 şi 11 I.G. sînt indicate în aproape toate afecţiunile capului şi feţei.

praclaviculară, pătrunde în torace, traversînd diafragmul, intră în stomac și splină). Meridianul coboară în continuare din fosa supraclaviculară, prin mamelon pînă la plica inghinală (unde se întîlnește cu un vas secundar, plecat de la pilor).

De la plica inghinală, meridianul coboară pe fața antero-laterală a coapsei și gambei, și, ramificîndu-se, se sfîrșește la unghiurile unghiale externe ale degetului II de la picior.

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
senzație analogă celei provocate de o baie rece;
bolnavului îi place să se cambreze și să își întindă gambele;
căscat frecvent;
pată negricioasă pe frunte;
mizantropie;
detestă lumina;
înclinații spre solitudine;
anxietate.

În cazurile grave — manifestări paranoice, balonări, borborisme.

— Perturbări interne.

Rolul principal al acestui meridian este de a menține echilibrul sanguin. În caz de perturbare, se observă febră și frisoane (boala de „căldură").

Delir, paranoia uneori, provocate de febra ridicată;
transpirații profuze;
rinoree sau epistaxis;
deviația gurii;
angină, disfagie;
balonare abdominală datorită acumulării apei în stomac;
dureri și tumefierea genunchilor;
dureri toracice, în sîni, în regiunea inghinală, pe fața antero-externă a coapsei și gambei și pe fața dorsală a piciorului;
degetul II de la picior nu poate fi mișcat.

— Plenitudine:
senzație de căldură în torace și abdomen.

„Energia" stomacului fiind supraîncălzită, alimentele sînt consumate rapid.

Urinile concentrate.

— Vid relativ (insuficiență):
Peretele anterior al toracelui rece.

„Stomacul (viscer) e rece (provocat de Inn) și de aceea abdomenul e tumefiat".

Între cele 45 de puncte ale meridianului, cele mai importante sînt:

4. Tchreng Tsri, situat pe axa verticală a pupilei, sub marginea inferioară a orbitei.

Indicațiile sale principale sînt:

— spasm palpebral, dureri oculare, lăcrimare, tulburări de vedere;

— imposibilitatea de a vorbi.

9. Jenn Ing, situat pe gît, pe marginea anterioară a sterno-cleido-mastoidianului, pe artera carotidă externă, la 1 1/2 d. de linia mediană, lîngă unghiul supero-extern al cartilajului tiroid.

Indicații:

„energia" nu poate urca în partea superioară a corpului, ceea ce se traduce prin cefalee violentă și senzația de plenitudine toracică asociată cu dispnee";

înțepătura poate fi periculoasă (Nei King) dacă e profundă (în vecinătatea carotidei).

25. Tienn Tchrou, localizat pe abdomen, pe linia orizontală ce trece prin ombilic, la 4 d. de acesta.

Este punctul Mo (de alarmă) al intestinului gros, dureros în cazul unui vid relativ al energiei I.G.

Indicațiile principale sînt:

— afecțiunile intestinului gros și splinei, provocate de căldură (energie „perversă");

— diareea de toate felurile;

— toate afecțiunile cronice ale stomacului și intestinului (vomismente, indigestie, borborisme, balonări, dizenterie, dureri intestinale, ascită, constipație);

— toate afecțiunile ginecologice (menstruații neregulate, dismenoree, sterilitate etc.).

30. Tsri Tchrong, localizat deasupra arterei femurale, la ieșirea acesteia de sub arcada crurală.

Indicațiile sale principale sînt:

— energia urcă spre partea superioară a corpului;

— abdomen balonat și dureros;

— dureri în penis și scrot; erecția imposibilă;

— dureri renale violente, hematemeză.

36. Tsou Sann Li, localizat pe fața antero-externă a gambei, la 3 d. sub vîrful rotulei, într-o fosetă situată între mușchiul gambier anterior și mușchiul extensor comun al degetelor, la nivelul emergenței articulației tibiale anterioare (la nivelul colului peroneal).

Indicații:

— bolnavul simte o durere care iradiază de la genunchi spre pulpă, cu senzația de strivire (So Ouenn, cap. LX);

— „dispersarea energiei „perverse" din partea mijlocie a corpului" (Nei King, cap. III);

— în afecţiunile stomacului, întrucît abdomenul este în plenitudine, balonat, cu dureri gastrice şi precordiale, bolnavul nu poate înghiţi nimic. El are impresia că „membrele superioare şi inferioare şi-au pierdut legătura";

— în afecţiunile cronice datorite umidităţii (reumatismul articular) trebuie „încălzite acele şi puncţionat în orice caz şi Sann Li" (36);

— în tulburările intestinului gros şi stomacului (Nei King, cap. XX).

Trebuie utilizate punctele vezicii urinare şi stomacului; dacă rezultatul nu apare, trebuie puncţionat Sann Li (Nei King, cap. XX):

— în toate afecţiunile intestinului gros trebuie dispersat Sann Li în caz de plenitudine şi tonificat în caz de vid relativ (insuficienţă);

— cînd abdomenul este dureros şi se asociază cu anurie, este afectată vezica urinară; în acest caz trebuie căutate capilarele congestionate şi lăsate să sîngereze; dacă tumefierea ajunge la stomac, trebuie puncţionat Sann Li.

41. Tsie Tsri, situat la mijlocul interiorului articulaţiei tibiotarsiene, într-o fosetă formată de două tendoane.

Este punctul King al meridianului, corespunzător elementului foc, şi în acelaşi timp punctul de tonificare.

Indicaţii:

— cefalee, ameţeli;

— edem facial;

— dureri în tumefierea gleznei şi genunchiului.

45. Li Toe, situat la 2 mm de unghiul unghial extern al degetului II de la picior. Este punctul Ting al meridianului, punctul de dispersie, de la care pleacă meridianul tendino-muscular.

Indicaţii:

— psihoză, insomnie, visuri frecvente;

— edeme generalizate;

— extremităţi reci;

— „căldură" în ficat.

5.1.4. MERIDIANUL PRINCIPAL AL SPLINEI–PANCREASULUI (Planşa IV)

Începe de la unghiul unghial intern al degetului gros de la picior, urcă pe faţa internă a membrului inferior, face un scurt detur dublu, pe linia mediană (pătrunde în splină şi apoi în stomac, traversează

diafragmul) ajungînd în spaţiul II intercostal; de aici coboară în spaţiul VI, formînd al doilea vas Lo al meridianului. (Un alt vas secundar, cu traiect intern, traversează diafragmul şi pătrunde în inimă.)

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
redoarea bazei limbii;
bolnavul vomită imediat ce mănîncă;
dureri esofagiene;
abdomen balonat, eructaţii frecvente;
bolnavul se simte uşurat după defecaţie şi flatulenţă;
senzaţia de corp foarte greu, dureros.

— Perturbări interne:
dureri la baza limbii;
redoarea corpului;
imposibilitatea de a mînca;
dureri în regiunea inimii;
diaree şi dizenterie;
posibilitatea de acumulare a lichidului în interiorul corpului sau de icter generalizat;
bolnavul nu poate sta culcat liniştit;
„atunci cînd bolnavul încearcă să se ridice, partea internă a genunchiului se tumefiază şi devine rece".

Punctele principale sînt:

1. Inn Po situat la 2 mm de unghiul unghial intern al degetului gros de la picior.

Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului lemn, meridianului Ficat, la care ajunge un vas secundar de la meridianul Stomac şi de la care pleacă meridianul Tendino-Muscular.

Indicaţiile importante sînt:

— balonări abdominale, insomnie;

— împreună cu $S._{45}$ „senzaţii de corp greu şi de căldură în intestine" (Nei King, cap. XXIII);

— aparţine grupului de puncte indicat pentru provocarea transpiraţiilor în caz de febră; celelalte sînt $S.P._9$ şi $P._{10}$ (Nei King, cap. XXIII);

— febră asociată cu dispnee şi plenitudine toracică;

— împreună cu $S.P._2$ în cazurile de perturbare a energiei stomacului care are drept consecinţă dureri precordiale şi balonări abdominale;

— balonări abdominale, diaree severă;

— menstruaţii de lungă durată.

2. Ta Tou localizat pe marginea internă a articulaţiei metatarso-falangiene a degetului gros, într-o fosetă. Este punctul Iang al meridianului corespunzător elementului foc, meridianului inimii, fiind în acelaşi timp punctul de tonificare;

— împreună cu S.P.$_3$ este indicat în afecţiunile splinei;

— pentru provocarea sudaţiei în caz de febră (vezi mai sus);

— anxietate.

3. Tae Po, localizat înapoia şi pe marginea internă a articulaţiei metatarso-falangiene a degetului gros de la picior, într-o fosetă.

Este punctul Iu-Iunn al meridianului, corespunzător elementului pămînt şi primeşte vasul secundar Lo transversal de la meridianul stomacului.

Indicaţii:

— paralizia gambelor (Nei King, cap. XVIII);

— afecţiunile stomacului şi splinei asociate cu balonări abdominale, greţuri şi vomismente, diaree ori constipaţie, senzaţie de căldură ori greutate în corp, paloare marcată (de la care îi derivă numele).

4. Kong Soun, localizat la 1 d. înapoia articulaţiei metatarso-falangiene a degetului gros de la picior, pe faţa internă a piciorului, într-o fosetă.

Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă vasele secundare Lo (transversal şi longitudinal), şi în acelaşi timp, punctul cheie al meridianului curios Tchong Mo.

Indicaţii:

— „dacă bolnavul e trist, suspină, pierde apetitul, are frisoane şi febră de lungă durată, iar atunci transpiră, prezintă vomismente, energia perversă începe să diminueze: Kong Soun trebuie puncturat imediat" (So Ouenn, cap. XXXV);

— afecţiunile gastrice, cu vomismente frecvente şi balonări.

6. Sann-Inn Tsiao, situat la 3 d. de la vîrful maleolei interne, într-o fosetă de pe marginea postero-internă a tibiei.

Este punctul de încrucişare a celor trei meridiane principale Inn de la picior (splină, rinichi, ficat)

— plenitudinea toracelui, abdomenului;

— dureri în scrot;

— diaree;

— interzis la femeile gravide;

— disfuncţii ovariene.

9. Inn-Ling-Tsiuann, localizat sub faţa internă a genunchiului într-o fosetă formată de tuberozitatea internă şi epifiza tibiei. Este punctul Hi al meridianului, corespunzător elementului apă, meridianului Rinichi şi în acelaşi timp punctul de detaşare a meridianului secundar distinct.

Indicaţii:

— „... toate afecţiunile cu sediul în partea superioară şi internă a corpului, fiindcă este atinsă energia Inn a acestuia" (Nei King, cap. I);

— împreună cu R.$_1$, în afecţiunile provocate de căldura „perversă" manifestate prin dureri periombilicale (Nei King, cap. XXIII);

— plenitudine laterală;

— ascită ori edeme;

— anurie;

— spermatoree.

21. Ta-Pao, situat în spaţiul VI intercostal, la 3 d. sub punctul V.B.$_{22}$ şi la 5 d. sub I.$_1$. Este un punct foarte important: marele Lo al splinei, de la care pleacă numeroase ramificaţii care intră în legătură cu toate vasele Lo longitudinale; ele servesc alimentării întregului corp cu lichid organic care provine din stomac (Nei King, cap. X).

Indicaţii:

— „dacă marele Lo e în plenitudine, apar dureri în tot corpul" (Nei King);

— dureri toracice, astm, dispnee.

5.1.5. MERIDIANUL PRINCIPAL AL INIMII (Planşa V)

Începe în organul cu acelaşi nume, traversează diafragmul şi pătrunde în intestinul subţire; un alt vas se îndreaptă, de la inimă, direct spre faringe şi ajunge la ochi. Un al treilea porneşte de la inimă spre plămîni, apare în axilă, coboară pe faţa internă a braţului şi antebraţului şi se sfîrşeşte la unghiul unghial extern al degetului auricular.

Tulburările meridianului:

— Energii „perverse":
  faringe uscat;
  dureri precordiale;
  sete.

— Perturbări interne:
  tentă subicterică a conjunctivelor;
  dureri în zonele laterale ale corpului;
  dureri pe traiectul menţionat.

Punctele cele mai importante sînt:

5. Trong-Li, situat la 1 d. de pliul de flexiune al pumnului, pe faţa antero-internă a antebraţului, pe artera cubitală.

Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă vasele secundare Lo transversal şi longitudinal.

Indicaţii:

— tahicardii cu anxietate, frică;

— dislalie, cu reducerea motilităţii limbii, care „pare legată".

7. Chenn-Menn, localizat într-o fosetă, pe faţa internă a pisiformului, pe pliul de flexiune al pumnului, deasupra arterei cubitale. Este punctul Iu-Inn (sursă) al meridianului, corespunzător elementului pămînt şi meridianului Splină, şi în acelaşi timp punctul de dispersie al meridianului şi *nu* al organului.

Atunci cînd energia „perversă" (căldura) pătrunde în meridianul inimii, bolnavul prezintă:

— „malaise" la inimă;

— doreşte băuturi la gheaţă;

— frisoane de lungă durată;

— febră de scurtă durată.

Indicat de asemenea în:

— tremurături cu tahicardie;

— insomnie, amnezie;

— paranoia.

9. Chao Tchrong, localizat lîngă unghiul unghial extern al auricularului.

Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului lemn, meridianului Ficat şi în acelaşi timp punctul de plecare a unui vas secundar care merge la meridianul Intestin Subţire şi al meridianului Tendino-Muscular.

Indicaţii principale:

— „dureri" precordiale; alternanţă de bucurie şi mînie;

— afecţiunile provocate de „Fong pervers", cu febră.

5.1.6. MERIDIANUL PRINCIPAL AL INTESTINULUI SUBŢIRE (Planşa VI)

Începe la unghiul unghial intern al degetului auricular şi urcă pe faţa internă a mîinii şi antebraţului, precum şi pe faţa posteroexternă a braţului, după care trece în partea posterioară a umărului, în fosa supraclaviculară. (Un vas secundar pătrunde în torace, intră în inimă, urmează esofagul, traversează diafragmul şi ajunge la stomac şi intestinul subţire.)

Din fosa supraclaviculară urcă pe faţa laterală a gîtului, ajunge la unghiul extern al ochiului şi pătrunde apoi în ureche. (Un al doilea vas secundar urcă analog, dar se îndreaptă spre unghiul intern al ochiului).

Tulburările meridianului:

— Energii „perverse":

disfagie, angină;

dureri şi tumefieri submaxilare;

torticolis;

dureri în umeri cu senzaţia de smulgere;

dureri ale braţului cu senzaţia de fractură.

— Perturbări interne:

toate afecţiunile consecutive dezechilibrelor lichidului organic (vezi I.G.);

tinnitus, surditate;

subicter conjunctival;

tumefieri submaxilare;

dureri simultane pe traiectul menţionat.

Punctele cele mai importante sînt:

3. Reou Tsri, localizat pe marginea dorsală externă a mîinii, într-o fosetă, în spatele articulaţiei metacarpo-falangiene. Este punctul Iu al meridianului, corespunzător elementului lemn şi meridianului Veziculei Biliare şi, în acelaşi timp, punct de tonifiere al meridianului şi punct de comandă al meridianului curios Tou Mo.

Indicaţii:

— paranoia;

— paludism;

— redoarea cefei;

— dureri ale tuturor degetelor;

— surditate;

— epistaxis;

— hiperemie conjunctivală;

— împreună cu J.M.$_{15}$ şi In.$_{7}$ în tratamentul epilepsiei.

7. Tche Tcheng, situat la mijlocul distanţei dintre interliniile articulaţiilor cotului şi pumnului, pe marginea posterioară a cubitusului. Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă vasele Lo longitudinal şi transversal, ultimul spre meridianul inimii.

— „Dacă abdomenul e brusc tumefiat, trebuie puncturat I.S$_{7}$ şi V.$_{23}$" (So Ouenn, cap. XVIII);

— torticolis;

— tumefierea maxilarelor; tulburări de vedere;

— contractura cotului;

— paranoia, anxietate.

11. Tienn Tchong, localizat sub mijlocul spinei omoplatului, în fosa spinoasă.

Indicat în:
— dureri ale umărului şi spatelui, imposibilitatea de a ridica cotul sau braţul;
— tumefierea maxilarelor.
19. Ting Kong, localizat înaintea tragusului, într-o fosetă.
Indicat în tinnitus şi surditate.

5.1.7. MERIDIANUL PRINCIPAL AL VEZICII URINARE (Planşa VII)

Începe în unghiul intern al ochiului, urcă pe frunte (se uneşte apoi cu meridianul curios Tou Mo şi pătrunde în creier la punctul de joncţiune (20 Tou Mo) cu cel contralateral; un vas secundar ajunge la unghiul superior al urechii).

Vasul intern iese din creier şi coboară spre ceafă, unde se divide în două ramuri. Una dintre ele trece pe sub apofiza spinoasă a celei de a 7-a vertebre cervicale, apoi coboară, paralel cu linia mediană, pînă în dreptul celei de a 2-a vertebre lombare ($V.U._{23}$), unde pătrunde în rinichi şi vezica urinară. Din regiunea renală, această ramură continuă să coboare spre fesă, în timp ce cealaltă ramură coboară paralel şi extern faţă de prima, de la ceafă pînă la fesă, spaţiul popliteu şi maleola externă, sfîrşindu-se la unghiul unghial extern al degetului V de la picior.

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;
cefalee;
exoftalmie;
dureri cervicale cu impresia de „smulgere";
dureri în coloana vertebrală;
senzaţie de fractură în regiunea renală;
imposibilitate de flectare a şoldului;
senzaţie de înnodare în spaţiul popliteu.
— Perturbări interne:
toate afecţiunile muşchilor şi oaselor;
hemoroizi;
febră şi frisoane, delir şi paranoia;
dureri lancinante de cap şi gît;
subicter conjunctival, lăcrimare;
rinoree;
dureri lancinante pe traiectul meridianului;
Punctele principale sînt următoarele:

1. Tsing Ming, localizat în unghiul intern al ochiului, într-o fosetă.

În acest punct sosesc vase secundare de la meridianele principale ale intestinului subţire, precum şi meridianele curioase Yang Keo, Inn Keo şi Tou Mo.

Indicaţii:
— ochii congestionaţi, umflaţi, dureroşi, lăcrimare provocată de Fong (vînt „pervers"), hemeralopie, voal albicios pe conjunctivă.

10. Tien Tchu, localizat la ceafă 1/1 şi 1/2 d. de la linia mediană posterioară, într-o fosetă, la înălţimea punctului $T.M._{15}$.

Indicaţii:
— „în migrene precedate de dureri ale cefei cu iradieri spre regiunea lombară" (Nei King, cap. XXVI);
— ameţeli, cefalee;
— tulburări de vedere, cecitate;
— redoarea cefei.

11. Ta Tchrou, localizat la 2 d. de la linia mediană, la nivelul apofizei transverse a primei vertebre dorsale, într-o fosetă.

Este punct specific de dispersie al ansamblului energiei Yang din organism (Nei King, cap. LI).

Indicaţii principale:
— febră provocată de Fong, fără transpiraţii;
— senzaţie de căldură în tot corpul;
— cefalee.

12. Fong Menn, situat sub a doua vertebră dorsală, la 2 d. de linia mediană posterioară.

După Pienn Cho (menţionat în Cap. Istoric):
— „atunci cînd porii epidermei nu se închid satisfăcător, Fong „pervers" pătrunde în Fong Menn, provocînd coriză cu rinoree (cu lichid clar); în acest caz trebuie tonifiat $V._{12}$;
— tuse, nas obstruat;
— senzaţie de căldură;
— agitaţie, cefalee.

13. Fei-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub vertebra a 3-a dorsală.

Indicaţii principale:
— tuse, rinoree, tuberculoză;
— plenitudine toracică;
— dispnee.

14. Tsiue-Inn-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub vertebra a 4-a dorsală.

Indicaţii principale:
— dureri precordiale şi cardiace;
— tuse cu expectoraţie;

— vomismente;
— agitaţie.

15. Sinn-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub vertebra a 5-a dorsală.

Indicaţii principale:
— dispnee cardiacă, hematemeză;
— anxietate, insomnie;
— spermatoree nocturnă;
— amnezie, delir, epilepsie.

18. Kann-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub vertebra a 9-a dorsală.

Indicaţii principale:
— tuse cu dureri în părţile laterale ale toracelui;
— icter;
— senzaţie de plenitudine (opresiune);
— tulburări de vedere;
— anxietate, delir;
— afecţiuni genitale.

19. Tam-Iu, situat la 2 d. de la linia mediană posterioară, sub cea 10-a vertebră dorsală.

Indicaţii principale:
— plenitudine abdominală;
— dureri latero-toracice;
— gust amar în gură, vomismente frecvente;
— icter;
— febriculă;
— tuberculoză (prin vid de energie);
— cefalee.

20. Pi-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub cea de-a 10-a vertebră dorsală.

Indicaţii: balonări, plenitudine, opresiune abdominală, borborisme, dizenterie, edeme, ascită, icter.

21. Oe-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub cea de-a 12-a vertebră dorsală.

Indicaţii principale:
— dilataţii şi dureri gastrice, balonări şi dureri abdominale, vomismente şi greţuri;
— dizenterie.

23. Chenn-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub vertebra a 2-a lombară.

Indicaţii principale:
— dureri în regiunea lombară;
— spermatoree, ejaculare prematură, impotenţă;

— tuberculoză (prin vid de energie);
— hematurie, albuminurie;
— menstruaţii neregulate;
— diaree matinală;
— edeme.

25. Ta-Tchrang-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub a 4-a vertebră lombară.

Indicaţii principale:
— borborisme, dureri abdominale, diaree, constipaţie;
— anurie;
— dureri în regiunea lombară.

27. Siao-Tchrang-Iu, situat la 2 d. de linia mediană posterioară, sub prima vertebră sacrată.

Indicaţii principale:
— scaune lichide;
— hematurie;
— spermatoree, incontinenţă urinară, urini rare şi roşii, dureri;
— dureri şi balonări abdominale;
— cefalee cu xerostomie şi sete accentuată.

54. Oe-Tchong, situat în spaţiul popliteu la mijlocul pliului. Este punctul Ho al vezicii urinare, corespunzător elementului pământ, meridianului Stomac, punctul de plecare al meridianelor distincte ale rinichilor şi vezicii urinare.

Indicaţii principale:
— dureri în regiunea lombară;
— dureri toracice;
— colici, contractură şi dureri la genunchi.

58. Fei-Iang, situat la 7 d. de maleola externă, pe faţa postero-externă a gambei. Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă cele două vase Lo.

Indicat în special în:
— cefalee, tulburări de vedere;
— nas obstruat, epistaxis;
— artralgii.

60. Kroun-Loun, situat între maleola externă şi tendonul lui Achille, într-o fosetă:

— în caz de vid de energie în partea superioară a corpului apar tinnitus şi ameţeli; în partea mijlocie, borborisme şi constipaţie; în partea inferioară — paralizia; în toate cazurile trebuie tonifiat Kroun-Loun (Nei King, cap. XXXVIII);

— cefalee, redoarea cefei;
— contracturi şi dureri în regiunea lombară;

— ameţeli;
— imposibilitatea expulziei placentei;
— epilepsie, convulsii.

62. Chenn-Mo, situat la 1/2 d. sub maleola externă, într-o fosetă. Este punctul de plecare de comandă al meridianului curios Yang Keo.

Indicaţii:
— dureri în regiunea lombară;
— dureri oculare consecutive afectării meridianului Yang-Kao.

63. Tchinn-Menn, localizat dedesubtul şi înaintea lui Chenn-Mo, într-o fosetă, la nivelul articulaţiei calcaneo-cuboidiene. Este punctul de plecare al meridianului curios Yang Oe.

67. Tche-Inn, localizat lîngă unghiul unghial extern al degetului V de la picior.

Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului metal şi meridianului Intestinului Gros, punctul de tonifiere, precum şi punctul de detaşare al meridianului tendino-muscular.

Indicaţii principale:
— cefalee;
— dureri oculare;
— nas obstruat;
— travaliu dificil;
— paraziţi intestinali.

5.1.8. MERIDIANUL PRINCIPAL AL RINICHILOR (Planşa VIII)

Începe la extremitatea degetului V de la picior. Se îndreaptă spre mijlocul regiunii plantare, ajunge la faţa internă a piciorului, apoi pe faţa internă a gambei şi antero-internă a coapsei. (Un vas secundar pătrunde în perineu, urcînd paralel cu coloana vertebrală, intră în rinichi şi apoi în vezica urinară; un alt vas secundar pleacă din rinichi, se îndreaptă spre ficat, traversează diafragmul şi, trecînd prin faringe, se sfîrşeşte la rădăcina limbii; un altul pleacă din plămîn şi se uneşte cu meridianul pericardului în mijlocul toracelui). Traiectul extern urcă pe abdomen şi torace, paralel cu linia mediană pînă la claviculă.

Tulburările meridianului:
— *Energii* „perverse":
bolnavului îi este foame, dar nu vrea să mănînce;
facies negru-cenuşiu;
tuse, hemoptizie, dispnee;
bolnavul nu se poate culca sau aşeza liniştit şi simte nevoia să se scoale;
tulburări de vedere.

Lipsa de energie în rinichi provoacă anxietate şi frică, inima bate foarte frecvent, iar bolnavul are impresia că va fi încarcerat.
— Perturbări interne:
toate afecţiunile rinichilor;
gură fierbinte, limbă uscată;
anginâ;
faringe sec, dureros;
senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;
supărări;
dureri cardiace;
icter;
dizenterie, scaune sanguinolente;
dureri lancinante în coloana vertebrală şi pe restul traiectului;
membrele inferioare par paralizate şi îngheţate;
bolnavul doreşte să stea culcat;
regiunea plantară e caldă şi dureroasă.
Punctele principale sînt:

1. Iong-Tsiuann, situat în mijlocul regiunii plantare, la vîrful V-lui format prin unirea proeminenţelor musculare situate la baza degetului gros, înăuntrul şi a celorlalte în afară. Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului lemn, meridianului Ficat, punctul de dispersie şi punctul de plecare al meridianului Tendino-Muscular.

Indicaţii principale:
— dureri la vîrful craniului;
— convulsii infantile provocate de Fong;
— sete (xerostomie);
— abdomen balonat; impresia subiectivă că un corp viu se deplasează în abdomen;
— dispnee;
— epilepsie.

2. Jenn-Kou, situat în faţa maleolei interne, într-o fosetă, sub scafoid. Este punctul Iong al meridianului, corespunzător elementului foc, meridianul Inimii, punctul de plecare al meridianului curios Inn-Keo şi, de asemenea, punctul de dispersie.

Indicaţii principale:
— convulsii la copii;
— menstruaţii neregulate, amenoree;
— spermatoree.

3. Tchao-Rae, situat la 4/10 d. sub maleola internă. Este punctul de unire al meridianului curios Inn-Keo şi punctul de comandă al acestuia.

Indicaţii principale:
— tulburări menstruale;
— dureri şi tumefiere ale scrotului;
— delir, epilepsie nocturnă, insomnii, tulburări de vedere.

9. Tchou Penn, localizat la 6 d. deasupra maleolei interne, la 2 d. de 6 S.P. şi la 1 şi 1/2 d. de spatele acestuia.

Este punctul de plecare al meridianului curios Inn-Oe.

5.1.9. MERIDIANUL PRINCIPAL VASE-SEX (Planşa IX)

Începe în mijlocul toracelui, se uneşte cu pericardul, traversează diafragmul şi se ramifică în triplul focare. Din mijlocul toracelui iese la suprafaţă sub axilă un vas ce coboară pe faţa internă a braţului, precum şi pe cea anterioară a antebraţului, sfîrşindu-se la unghiul unghial extern al mediusului.

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
  căldură în regiunea palmară;
  contractura cotului;
  tumefierea axilei;
  în cazurile grave, toracele e opresat şi umflat;
  palpitaţii;
  figură rubicondă, subicter conjunctival;
  bolnavul rîde frecvent.
— Perturbări interne:
  toate afecţiunile arteriale şi venoase;
  supărări, dureri cardiace;
  căldură în regiunea palmară.

Dintre cele 9 puncte, cele mai importante sînt:

6. Nei-Koann, situat pe faţa anterioară a antebraţului, la 2 d. de plica pumnului, în mijloc. Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă vasele Lo. Lo transversal comunică cu punctul Yang Tcheu (4 TF). Este punctul de deschidere şi de comandă al meridianului curios Inn-Oe.

Indicat în special în:
— dureri şi „malaise" la inimă;
— plenitudine toracică;
— sughiţ;
— greţuri şi vomismente.

7. Tae-Ling, localizat în mijlocul pliului anterior al pumnului, într-o fosetă. Este punctul Iu-Iunn al meridianului corespunzător elementului pămînt, meridianului Splină şi este punct de dispersie şi sursă al meridianului.

Indicaţii principale:
— anxietate, frică;
— „malaise" continuu la inimă;
— hematemeză;
— dureri toracice, inclusiv laterale;
— toate afecţiunile stomacului.

5.1.10. MERIDIANUL PRINCIPAL TREI (TRIPLU) FOCARE (Planşa X)

Începe la unghiul unghial intern al inelarului, urcă pe faţa dorsală a mîinii şi antebraţului şi pe cea posteroexternă a braţului pînă la umăr. (Un vas secundar coboară în fosa supraclaviculară şi, pătrunzînd în torace, intră în legătură cu pericardul; ulterior traversează diafragmul şi pătrunde în triplul focar.)

Meridianul principal se detaşează din torace, urcă prin spatele urechii, pe care o ocoleşte şi ajunge la marginea inferioară a orbitei (un alt vas secundar porneşte din spatele urechii, pătrunde în ureche, iese din nou la suprafaţă înaintea acesteia şi se termină deasupra şi în afara orbitei, în punctul T.F. 23).

Tulburările meridianului

— Energii „perverse":
  surditate, tinnitus;
  anginâ.
— Perturbări interne:
  toate afecţiunile în raport cu energia şi transpiraţiile;
  dureri în unghiul intern al ochiului;
  dureri în unghiul maxilarului;
  dureri pe traiectul meridianului.

Între cele 23 de puncte ale meridianului, cele mai importante sînt:

1. Koann-Tchong, localizat lîngă unghiul unghial intern al inelarului. Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului metal şi meridianului Intestinului Gros şi punctul de plecare al meridianului Tendino-Muscular.

Indicaţii:

— în cazurile de anginâ (afecţiuni Yang provocate de căldura „perversă", asociate cu contractura limbii, „malaise" la inimă şi dureri pe faţa internă a braţului, trebuie puncturat Koann-Tchong (Nei King, cap. XXIII);
— cefalee;
— anginâ;
— afecţiuni provocate de „Fong pervers".

5. Oae-Koann, situat la 2 d. deasupra pliului pumnului, pe fața dorsală a antebrațului, în mijlocul acesteia.

Este punctul Lo al meridianului. Vasul Lo transversal comunică cu punctul 7 pericard; este punctul de deschidere și comandă al meridianului curios Yang-Oe.

Indicații principale:

— cefalee;
— tinnitus, surditate;
— febră;
— hemoragii.

23. Seu-Tchou-Rong, localizat la extremitatea externă a sprîncenei, într-o fosetă.

Indicații principale:

— hemicranie, cefalee;
— ochii congestionați și dureroși;
— tulburări de vedere.

5.1.11. MERIDIANUL PRINCIPAL AL VEZICULEI BILIARE (Planșa XI)

Începe la unghiul extren al ochiului, se îndreaptă spre tragus, apoi spre regiunea temporală, coboară înapoia urechii, urcă din nou spre frunte și coboară apoi pe ceafă, spre fosa supraclaviculară.

Un vas secundar pornește dinafara urechii, pătrunde în aceasta, reapare înaintea ei și ajunge la unghiul extern al ochiului.

Un alt vas secundar pleacă de la unghiul extern al ochiului, coboară spre unghiul maxilarului, urcă spre marginea inferioară a orbitei, după care coboară spre fosa supraclaviculară, pătrunde în torace, traversează diafragmul, intră în ficat și vezicula biliară, reapare în punctul $S._{30}$, înconjură organele genitale și se îndreaptă spre marele trohanter.

Din fosa supraclaviculară, meridianul principal coboară pe fața laterală a toracelui, ajunge la articulația șoldului, coboară pe fața externă a coapsei și gambei pînă la unghiul unghial extern al degetului IV de la picior.

Tulburările meridianului:

— Energii „perverse":
gura amară;
suspinuri frecvente;
toracele și coastele dureroase, împiedicînd bolnavul să se răsucească;
în cazurile grave, figura palidă, corpul uscat;
partea externă a gambei caldă.

— Perturbări interne:
toate afecțiunile oaselor;
cefalee și dureri;
dureri în unghiul extren al ochiului;
dureri și tumefiere în fosa supraclaviculară;
adenopatie subaxilară;
transpirații abundente, tremurături provocate de frig;
febră și frisoane;
dureri pe traiectul meridianului.

Între cele 44 de puncte ale meridianului, cele mai importante sînt:

1. Trong-Tseu-Liou, localizat la 1/2 d. de unghiul extern al ochiului.

Indicații:

— cefalee temporală;
— ochii roșii, dureroși și inflamați, tulburări de vedere.

2. Ting-Roe, localizat într-o fosetă, în fața lobului urechii. Pentru localizare bolnavul trebuie să țină gura deschisă.

Indicații: tinnitus, surditate, odontalgie.

20. Fong-Tchre, situat înapoia și puțin sub vîrful mastoidei, sub protuberanța externă.

Indicații:

— hemicranie, cefalee, torticolis, apoplexie, tulburări de vedere. Dispersarea sa are un efect simpaticolitic general (Soulié de Morant).

22. Iuann-Ie, localizat la 3 d. sub axilă într-o fosetă mare, situată în al IV-lea spațiu intercostal. Este punctul de intrare al meridianelor distincte ale inimii, pericardului și plămînilor.

Indicații:

— dureri brahiale și laterotoracice.

23. Tchre-Tsinn, situat la 1 d. în fața precedentului. Este punctul de alarmă (MO) al meridianului Veziculei Biliare.

Indicații:

— împreună cu V.U. 19 în stările de vid relativ ale meridianului.

26. Tae-Mo, localizat la 8 și 1/2 d. de la linia mediană anterioară, deasupra crestei iliace. Este punctul de deschidere al meridianului curios Tae-Mo. Este important în tratamentul unei paralizii.

Indicații:

— menstruații neregulate, leucoree, afecțiuni ginecologice.

30. Roann-Tiao. Pentru localizare, bolnavul trebuie așezat în decubit lateral, cu gamba de dedesubt întinsă și cea de deasupra

flectată. Punctul e situat într-o fosetă, înapoi şi extern faţă de articulaţia coxo-femurală, extratrohanterian. Este punctul de plecare al meridianului distinct al veziculei biliare.

Indicaţii:
— reumatisme provocate de umiditate;
— dureri lombare;
— hemiplegie.

34. Iang-Ling-Tsiuann, localizat pe faţa externă a genunchiului, la 2 d. sub interlinia articulară, imediat sub capul peroneului. Este punctul HO al meridianului, corespunzător elementului Pămînt şi meridianului Stomac.

Indicaţii:
— hemiplegie;
— dureri surde şi lancinante ale coapsei şi genunchiului;
— dureri laterotoracice;
— tumefierea figurii.

37. Koang-Ming, situat la 5 d. deasupra maleolei externe. Este punctul Lo al meridianului, de la care pleacă cele două vase Lo (transversal şi longitudinal).

Indicaţii:
— dureri oculare;
— dureri laterale;
— paralizii ale membrelor inferioare.

41. Linn-Tsri, localizat între capetele metatarsienelor IV şi V. Este punctul Iu al meridianului, corespunzător elementului lemn, meridianului însuşi şi în acelaşi timp punctul de comandă al meridianului curios Tae-Mo.

43. Sie-Tsri, localizat în spaţiul interdigital (IV—V). Este punctul Iong al meridianului, corespunzător elementului apă şi meridianului Intestinului Subţire şi în acelaşi timp punctul de tonifiere al meridianului.

Indicaţii:
— tinnitus, surditate;
— tulburări de vedere;
— dureri laterale;
— absenţa transpiraţiilor.

5.1.12. MERIDIANUL PRINCIPAL AL FICATULUI (Planşa XII)

Începe la unghiul unghial extern al degetului gros de la picior, urcă pe faţa dorsală a piciorului şi pe cea internă a gambei şi coapsei pînă la pubis. În continuare se îndreaptă spre vîrful coastei a XI-a (pătrunde în ficat şi vezicula biliară după care, traversînd diafragmul, urcă spre faringe, ajunge la ochi şi are punct final la vîrful craniului; un vas secundar porneşte din interiorul ochiului şi se îndreaptă spre buze, pe care le înconjură, iar altul pleacă din ficat (organ) spre plămîn.

Tulburările meridianului
— Energii „perverse":
dureri lombare;
imposibilitatea de a se curba înainte ori înapoi;
la bărbat, toate afecţiunile scrotului, iar la femeie, toate cele ale micului bazin;
figură palidă.
— Perturbări interne:
plenitudine toracică;
greţuri şi vomismente;
diaree (cu scaune nedigerate);
indigestie;
afecţiuni ale scrotului;
micţiuni dificile.

Între cele 14 puncte ale meridianului, cele mai importante sînt:

1. Ta-Toun, situat lîngă unghiul unghial extern al degetului gros de la picior. Este punctul Ting al meridianului, corespunzător elementului lemn şi, în acelaşi timp, punctul de plecare al meridianului Tendino-Muscular al ficatului.

Indicaţii:
— afecţiuni ale penisului, scrotului, vaginului, metroragii, prolaps uterin.

2. Sing-Tsienn, situat în spaţiul interdigital I—II de la picior, într-o fosetă situată pe partea laterală a degetului gros. Este punctul Yong al meridianului, corespunzător elementului Foc şi meridianului inimii, fiind în acelaşi timp punctul de dispersie al meridianului.

Indicaţii:
incontinenţă urinară;
constipaţie;
dureri în flancuri;
ochii roşii, tumefiaţi;
insomnie, delir, epilepsie;
apoplexie.

3. Tae-Tchrong, situat la 1 şi 1/2 d. de precedentul, în spaţiul interosos dintre metatarsienele I—II. Este punctul Iu-Iunn al meridianului, corespunzător elementului pămînt şi meridianului Splină, fiind în acelaşi timp punctul de sursă.

Indicaţii:
— afecţiuni genitale;
— uretrită, disurie;
— hemoragii uterine;
— dureri în micul bazin.

5. Li-Kao, situat la 4 d. deasupra maleolei interne pe faţa internă a tibiei. Este punctul Lo al meridianului, de la care pornesc vasele Lo longitudinal şi transversal, precum şi punctul de plecare al meridianului distinct al ficatului.

Indicaţii:
— metroragii dureroase;
— tulburări menstruale;
— uretrită, disurie.

8. Tsiou-Tsiuann, situat la extremitatea internă a plicii de flexiune a genunchiului. Este punctul Ho al meridianului, corespunzător elementului apă şi meridianului Rinichi, precum şi punctul de tonifiere.

Indicaţii:
— afecţiuni genito-urinare;
— hemoragii intestinale;
— prolaps uterin;
— dureri în micul bazin;
— disurie.

5.2. MERIDIANELE CURIOASE

Termenul de „meridian curios" se utilizează în opoziţie cu cel de „principal", în sensul de izolat sau separat, întrucît aceste meridiane nu posedă nici un sistem de legătură, nici Inn-Yang, nici interior-exterior. Fiecare meridian curios are rolul său şi posedă un traiect, dar datorită raporturilor lor ele nu pot fi separate de meridianele principale, în special Tou-Mo şi Jenn-Mo, al căror traiect constituie un cerc meridian, cu propriile sale puncte.

Meridianele curioase nu sînt supuse, ca cele principale, regulilor de alternanţă Inn-Yang. Ele reprezintă conductori ce transportă energia ancestrală, care îşi are originea în rinichi, spre diferitele părţi ale corpului, atît direct cît şi prin intermediul meridianelor principale.

În acest din urmă caz, ele îşi varsă fluxul energetic în vasele menţionate şi recepţionează energie Yong şi Oe, în aşa fel încît, în oricare parte a corpului circulă în permanenţă cele trei feluri de energie: Yong, Oe şi ancestrală.

În tratatul antic Nei-King (cap. II) se menţionează:

«Tou-Mo („vasul guvernor") şi Jenn-Mo („vasul director" sau „de concepţie") îşi au sursa în rinichi şi comunică în mod egal cu Inn-ul şi Yang-ul din Univers» (cap. LXII).

«Tchong-Mo („vasul strategic") este marea celor 12 meridiane, ca şi meridianul rinichilor. El îşi are originea în acest organ, de la care coboară spre organele genitale, urcă spre partea superioară a corpului şi ajunge în torace. El circulă în egală măsură în meridiane» . . .

(Este necesar să menţionăm că prin „rinichi", extrem-orientalii înţeleg şi glandele suprarenale).

Prin ramificaţiile numeroase ale meridianului Tchong-Mo la nivelul abdomenului, toracelui şi feţei interne a membrului inferior, energia ancestrală parcurge ţesutul subcutanat, ţesuturile şi spaţiile interosoase, în afara meridianului, ca şi energia defensivă „Oe". Această energie pătrunde în meridianele principale la nivelul punctelor Ting. În Nei King se precizează:

În final, energia ancestrală care circulă în ţesutul celular subcutanat şi epidermă intră în meridiane prin punctele Ting şi circulă apoi prin ele pentru a realiza ciclul complet al circulaţiei.

Atunci cînd această energie ancestrală pătrunde prin punctele Ting şi ajunge la punctele $R._{2}$, $R._{9}$, $V.U._{62}$, $V.U._{63}$ şi $V.B._{26}$ o mare parte din aceasta, însoţită de o mică cantitate de energie Yong şi Oe, trece succesiv în celelalte meridiane curioase.

5.2.1. TOU-MO („VASUL GUVERNOR") (Planşa XIII)

Are sursa în rinichi, ajunge la organele genito-urinare, urcă de-a lungul coloanei vertebrale, ajunge la ceafă, pătrunde în creier şi revine pe vîrful craniului, după care coboară pe frunte, pe linia mediană, pînă la buza superioară unde se uneşte cu Jenn-Mo.

De la ceafă, un vas secundar coboară spre umăr şi omoplat, ajunge la fesă şi se termină în regiunea genito-urinară. Vasul intern dă, la nivelul organelor genitale, un ram care iese la suprafaţă în mijlocul pilozităţii pubiene şi se divide în două branşe:

— prima, montată (abdominală), urmează meridianul tendino-muscular al splinei şi ajunge la ombilic, apoi urcă pe peretele intern al abdomenului, traversează inima, ajunge în torace, în faringe şi la faţă şi se termină în punctul $V.U._{1}$;

— a doua, descendentă (dorsală) urmează organele genito-urinare, trece spre rect, înconjură fesa şi urcă spre cap împreună cu meridianul vezica urinară, pînă la punctul $V.U._{1}$, după care pă-

trunde în creier; de la punctul V.U.$_1$ el coboară din nou în regiunea lombară la punctul V.U.$_{23}$ şi pătrunde în rinichi.

Tulburările meridianului

Semnele esenţiale ale afectării lui Tou-Mo:

— în caz de plenitudine: redoare şi dureri ale coloanei vertebrale;

— în caz de vid: senzaţie de gol în craniu.

Afectarea meridianului Tou-Mo este, în general, asociată cu tulburări ale vaselor sale secundare. În acest caz:

— dureri renale cu febră. Dacă afecţiunea e gravă, bolnavul are senzaţia de redoare marcată („scîndură") şi prezintă incontinenţă urinară;

— dureri precordiale, cu iradieri dorsale, care indică existenţa unui conflict între Inn şi Yang. În acest caz, apar dureri toracice asociate cu senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;

— dureri în micul bazin, iradiate la inimă.

Dacă este vorba de o femeie, aceasta va prezenta sterilitate, tulburări de micţiune, hemoroizi şi uscăciune faringiană.

— Febră intermitentă: atunci cînd energia „perversă" pătrunde în T.M.$_{16}$, eventual cu semne de iritaţie meningeală.

Între cele 28 de puncte (30, după unii autori), cele mai importante sînt:

1. Tchiang-Tsiang, localizat în vîrful coccisului.

Indicaţii principale:

— hemoroizi, prolaps rectal;

— hemoragii intestinale, constipaţie, diaree;

— uretrită, retracţie testiculară, spermatoree;

— dureri de-a lungul coloanei vertebrale, redoare;

— paranoia, epilepsie;

— prurit ano-vulvar.

4. Ming-Menn, localizat într-o fosetă, sub apofiza spinoasă a celei de-a 2-a vertebre lombare.

Indicaţii:

— dureri în regiunea renală, iradiate în micul bazin;

— membrele reci;

— febră;

— cefalee, tinnitus;

— impotenţă, spermatoree.

11. Chenn-Tao, localizat sub apofiza spinoasă a celei de-a 5-a vertebre dorsale.

Indicaţii:

— afecţiuni cardiace;

— astenie nervoasă;

— frică şi pierderea memoriei.

14. Ta-Toui, localizat într-o depresiune, sub apofiza spinoasă a celei de-a 7-a vertebre cervicale. Acest punct este legat prin vase secundare de toate meridianele Yang.

Indicaţii:

— cefalee, redoarea coloanei cervicale;

— paludism, frisoane şi febră;

— tuberculoză;

— astenie, vomismente, senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;

— epistaxis, tuse convulsivă.

15. Ia-Menn, localizat sub apofiza spinoasă a primei vertebre cervicale.

Indicaţii:

— redoarea coloanei cervicale;

— convulsii, opistotonus;

— cap greu;

— mutism subit; redoarea şi tumefierea limbii;

— epistaxis;

— convulsii, apoplexie.

16. Fong-Fou, localizat la ceafă, la 1 d. de rădăcina părului, într-o fosetă, suboccipital.

Indicaţii:

— delir, provocat de *„un coup de froid"*;

— apoplexie, hemiplegie;

— toate afecţiunile capului, redoarea cefei;

— redoarea limbii cu alalie.

20. Pae-Roe, localizat în mijlocul craniului, la intersecţia liniei mediane cu linia axului vertical al urechilor, într-o fosetă. Este în legătură cu toate meridianele Yang din corp.

Indicaţii:

— apoplexie;

— hemiplegie;

— cefalee, cu senzaţia de cap greu;

— frică cu tremurături;

— obstruarea nasului;

— amnezie;

— tinnitus;

— prolaps rectal.

26. Choe-Kao, localizat în treimea superioară a şanţului nazo-labial, într-o fosetă.

Indicaţii:
— paranoia, epilepsie, apoplexie;
— paralizie facială, trismus;
— edem facial;
— afazie;
— diabet.

5.2.2. JENN-MO („VASUL DE CONCEPŢIE SAU DIRECTOR") (Planşa XIV)

Are sursa în rinichi, ajunge la organele genito-urinare, urcă pe linia mediană anterioară pe abdomen, torace şi gît pentru a ajunge în regiunea mentonieră. Din regiunea mentonieră pornesc două vase secundare care înconjură gingiile şi buzele, iar meridianul se uneşte cu Tou-Mo în punctul T.M.$_{28}$ (Gann-Tsiao). Din regiunea mentonieră, Jenn-Mo se divide în două ramuri, care se sfîrşesc în punctul S.$_4$, pătrunzînd în ochi.

Vasul secundar abdominal se detaşează de meridian la nivelul vîrfului apendicelui xifoid şi se inserează în abdomen.

Tulburările meridianului

Semne de afecţiuni ale vaselor secundare:

Vasul facial:
— dureri şi tumefieri ale buzelor şi gingiilor;
— alalie;
— spasm şi contractură ale muşchilor feţei cu devierea ochilor şi gurii;
— dureri oculare asociate cu lăcrimare abundentă şi prurit;
— spasm palpebral.

Vasul abdominal:
— dureri ale epidermei în caz de plenitudine;
— prurit în caz de vid relativ.

Semne ale afectării meridianului:

Dureri renale:

bolnavul transpiră, iar după aceea doreşte să bea o cantitate mare de lichide. După ce mănîncă, are impulsul de a alerga (So-Ouenn, cap. 41).

Şapte categorii de afecţiuni genitale la bărbat, care pot fi provocate atît de energia „perversă" cît şi de un dezechilibru energetic:
— de „frig": scrotul e contractat şi dur, iar testiculele sînt dureroase, fără semne de inflamaţii;
— de „umiditate": hidrocel; cîteodată această energie „perversă" atrage şi pe cea Yang şi, în acest caz, hidrocelul se asociază cu semne inflamatorii;

— starea cronică de acumulare a „umidităţii": elefantiazis;
— surmenaj, decepţii: energia Inn a corpului nu se poate ridica în partea superioară a acestuia şi se localizează în organele genitale: orhită, torsiune testiculară;
— circulaţie necorespunzătoare; hematocel;
— insuficienţă a rinichilor (consecutivă unor excese sexuale): prostatoree.

La femei:
— leucoree.

Între cele 24 de puncte ale meridianului, cele mai importante sînt:

1. Roe-Inn, localizat pe linia mediană, între scrot (sau vulvă) şi anus.

Este punctul de unire al tuturor meridianelor Inn şi în acelaşi timp, punct comun de emergenţă al Tou-Mo şi Tchong-Mo.

3. Tchong-Tsi, localizat pe linia mediană, la 4 d. sub ombilic. Este punctul de reuniune al meridianelor tendino-musculare ale splinei, ficatului şi rinichilor şi este punctul Mo („de alarmă"), al vezicii urinare.

Indicaţii principale:
— ptoză anală;
— prurit vulvar, menstruaţii neregulate;
— micţiuni prea abundente.

4. Koann-Iuann, localizat pe linia mediană, la 3 d. sub ombilic. Este şi el punct de reuniune al meridianelor tendino-musculare ale splinei, ficatului şi rinichilor şi punct Mo („de alarmă"), al meridianului intestinului subţire.

Indicaţii principale:
— dispnee;
— ascită, edem provocat de o perturbare a energiei în partea inferioară a corpului;
— slăbiciune în membre consecutivă unei hemoragii provocate;
— dureri precordiale iradiate în spate;
— spermatoree;
— dureri în micul bazin;
— hemoragii;
— leucoree sanguinolentă, hematurie, enurezis, uretrită;
— bufee de menopauză.

5. Che-Menn, localizat pe linia mediană, la 2 d. sub ombilic. Este punctul Mo („de alarmă") al triplului focare.

6. Tsri-Hae, localizat la 1 şi 1/2 d. sub ombilic.

Indicaţii principale:
— afecţiuni intestinale;

— vomismente;
— spermatoree, penisul şi scrotul retractate;
— metrită, leucoree;
— dureri periombilicale, tulburări ale stării generale consecutive vidului relativ de energie al celor cinci organe;
— astenie, pierdere ponderală, constipaţie;
— enurezis;
— menstruaţii neregulate;
— lumbago, dureri abdominale atroce;
— comă;
— depresiune.

7. Inn-Tsiao, localizat pe linia mediană, la 1 d. sub ombilic. Este de asemenea punct Mo („de alarmă") al triplului focare.

Indicaţii:
— dureri precordiale;
— dureri în micul bazin, iradiate în regiunea genitală;
— dureri ombilicale cu senzaţie de căldură.

12. Tchong-Koann, localizat pe linia mediană, la mijlocul distanţei dintre ombilic şi apendicele xifoid. Este punctul de concentrare a energiei splinei şi primeşte energia provenind din vasele secundare ale meridianelor Intestin Subţire, Triplu Focare şi Stomac. Este punctul Mo („ de alarmă") al stomacului.

Indicaţii:
— dureri precordiale;
— balonări asociate cu dureri abdominale;
— vomismente;
— hiperclorhidrie;
— dizenterie;
— constipaţie, sughiţuri.

14. Tsiou-Koann, localizat pe linia mediană, la 6 d. deasupra ombilicului. Este punctul Mo („de alarmă") al inimii.

Indicaţii:
— senzaţie de bară în stomac, gastralgii, greţuri, vomismente;
— diverse tulburări psihice, frică, tulburări de memorie;
— dureri precordiale.

15. Tsiou-Oe, localizat în vîrful apendicelui xifoid.

De la acest punct, se detaşează vasul secundar abdominal al lui Jenn-Mo.

Indicaţii:
— dureri precordiale;
— vomismente;
— migrenă cu iradieri în unghiul extern al ochiului;
— epilepsie, tulburări psihice.

17. Trann-Tchong, localizat pe stern, la nivelul spaţiului IV intercostal. Este punctul de concentrare al tuturor vaselor secundare şi punctul Mo („de alarmă") al meridianului pericardului ori al segmentului superior al Triplului Focare (după unii autori).

Indicaţii:
— tuse, astm, dispnee, senzaţie de obstrucţie toracică;
— dureri toracice şi precordiale;
— senzaţia că energia urcă în partea superioară a corpului;
— agalactie.

24. Sing-Tsiang, localizat în foseta mentonieră. De la el se detaşează vasele secundare care înconjură buzele şi gingiile, precum şi cele două ramuri terminale ale meridianului.

Indicaţii:
— comă;
— paralizie facială, deviaţia ochilor şi gurii;
— mutitate, surditate;
— odontalgie (pioree, carie, nevralgie), trismus;
— torticolis.

5.2.3. TCHONG-MO („VASUL STRATEGIC") (Planşa XV)

Are sursa în rinichi, coboară spre organele genitale, ajunge la Roe-Inn (T.M.$_1$) şi se divide în două ramuri;
— una, posterioară, care merge spre faţa internă a coloanei vertebrale;
— a doua, anterioară, urmează traiectul lui T.M. pînă în punctul nr. 4 (Koann-Iuann), trece în meridianul principal al rinichilor, traversează abdomenul pînă la punctul R.$_{21}$ trimiţînd în acestă porţiune a traiectului o serie de ramificaţii în vasele secundare ale meridianelor Tendino-Musculare, Stomac şi Intestin Subţire, urcă în torace pînă la punctul R.$_{27}$, apoi pe gît şi pe figură, înconjurînd buzele.

De la punctul R.$_{11}$, un vas secundar coboară pe faţa internă a coapsei şi se uneşte cu meridianul principal al rinichilor, coborînd apoi pînă la marginea internă a piciorului. Din acelaşi punct (R.$_{11}$), alt vas secundar se îndreaptă spre S.T.$_{30}$ şi coboară apoi pînă la haluce, după care revine la maleola internă.

Tulburările meridianului

Vasul intern şi traiectul abdominal principal:
— dureri în regiunea renală care împiedică flectarea anterioară ori posterioară;
— senzaţie de jenă în interiorul corpului;
— senzaţie de greutate şi dureri abdominale, cu impresia că energia urcă în partea superioară a corpului;

— tulburări genitale.

La femeie: dureri şi tumefieri vaginale, prurit vaginal, Inn în uter, hemoragii, inflamaţii uterine, prolaps uterin, spasm vaginal, metrită, deviaţie uterină, dismenoree, leucoree, sterilitate.

La bărbat: tumefiere şi dureri în penis, inflamaţie scrotală, uretrală, impotenţă, spermatoree, prostatoree.

Vasul toracic şi facial:

— dureri precordiale şi dispnee, cu senzaţia că energia urcă spre cap;

— dispnee, angină, cefalee, constricţie faringiană;

— xerostomie.

Vasul descendent:

— dureri în plica inghinală, pe faţa internă a coapsei şi în molet;

— dureri pe faţa internă a piciorului, în haluce şi senzaţie de picioare „îngheţate".

5.2.4. TAE-MO („VASUL CENTURĂ") (Planşa XVI)

Are sursa în punctul Tae-Mo ($V.B._{26}$) după care trece prin regiunea renală şi înconjură (o singură dată) abdomenul, unindu-se cu meridianul principal al veziculei biliare în punctul $V.B._{28}$.

Tulburările meridianului

Tae-Mo este un meridian special, întrucît el înconjură multe din celelalte meridiane şi anume S.T., Tchong-Mo, R., S.P., Jenn-Mo şi Tou-Mo, lăsînd la exterior meridianele Ficat şi Vezica Urinară. Semnul esenţial al atingerii lui Tae-Mo este reprezentat de paralizia membrelor inferioare, precedată de pareza acestora.

5.2.5. INN-KEO („VASUL FORŢEI ŞI MIŞCĂRII" – „VASUL CĂLCÎIULUI") (Planşa XVII)

Începe în punctul $R._{2}$, trece succesiv prin punctele R_6 ori R_8, urcă pe faţa interioară a membrului inferior, pătrunde în organele genitale, apoi în abdomen şi torace şi iese la suprafaţă în punctul $S.T._{12}$, trece prin punctul $S.T._{9}$ şi se termină în punctul $V.U._{1}$.

Tulburările meridianului:

— somnolenţă;

— dureri fără localizare precisă;

— în prezenţa unei energii „perverse", dureri, unele ce iradiază spre gît; dacă afecţiunea e gravă, corpul e contractat şi limba rigidă;

— fanta palpebrală nu se mai închide ori nu se poate deschide, tulburări ale lăcrimării;

— anurie.

5.2.6. YANG-KEO („VASUL YANG AL MIŞCĂRII ŞI FORŢEI") (Planşa XVIII)

Are ca punct de plecare $V.U._{63}$, urcă pe faţa externă a gambei, ajunge la punctul $V.B._{29}$, urcă spre punctul $I.S._{10}$, trece prin punctele $I.G._{15}$, $I.G._{16}$, $S._{4}$, $S._{3}$, $S._{1}$, $V.U._{1}$ şi urcă pe craniu, ajungînd la punctul $V.B._{20}$, unde se termină (Nei King).

Yang-Keo este o anexă a meridianului principal al V.U., care primeşte energia lui Inn-Keo în punctul $V.U._{1}$; de aici, acesta din urmă coboară spre membrele inferioare.

Tulburările meridianului:

— insomnie.

Cînd Yang-Keo e atacat de energia „perversă":

— dureri renale cu senzaţia unor „lovituri de ciocan";

— închiderea completă a fantei palpebrale şi tulburări ale lăcrimării;

— dureri oculare, care debutează în unghiul intern al ochiului;

— mişcări dificile, lipsă de agilitate.

5.2.7. INN-OE („VASUL INN DE LEGĂTURĂ") (Planşa XIX)

Este derivat din meridianul principal al rinichilor; el începe în punctul R_9, urcă pe faţa internă a coapsei, ajunge în abdomen, se uneşte cu meridianul principal al splinei în punctele $S.P._{15}$ şi $S.P._{16}$, cu cel al ficatului (prin punctele $S.P._{13}$ şi $F._{14}$) şi cu meridianul Jenn-Mo în punctele $J.M._{22}$ şi $J.M._{23}$. Traiectul este aşadar segmentar:

— segmentul splină;

— segmentul splină-ficat;

— segmentul Jenn-Mo.

În caz de tulburări, cele trei segmente nu sînt afectate în mod obligatoriu simultan.

Tulburările meridianului

Semne esenţiale: dureri cardiace; tulburări segmentare.

Segmentul splină:

— dureri cardiace asemănătoare unor înţepături multiple, asociate eventual cu migrenă şi tulburări de memorie.

Segmentul splină-ficat:

— dureri cardiace atroce, facies cadaveric, eventual migrenă, plînset şi gemete.

Segmentul Jenn-Mo:

— dureri cardiace sub forma unei lame care intră în inimă dinapoi, cu imposibilitatea de a sta în picioare, asociate eventual cu migrenă.

Întregul Inn-Oe e afectat: dureri cardiace iradiate dorsal sau anterior, asociate cu opresiune și astenie marcată.

5.2.3. YANG-OE („VASUL YANG DE LEGĂTURĂ") (Planșa XX)

Este un vas ce derivă din meridianul V.U. în punctul $V.U._{62}$, urcă pe fața externă a membrului inferior pînă în punctul $V.B._{29}$ și ajunge apoi în punctul $I.S._{10}$.

Al doilea segment trece prin punctul $I.G._{15}$ și ajunge la $V.B._{21}$.

Al treilea segment trece prin punctele $T.M._{15}$, $T.M._{16}$, $V.B._{20}$, $V.B._{19}$, $V.B._{17}$, $V.B._{14}$ și $V.B._{13}$.

Tulburările meridianului

Semnele esențiale: frisoane și febră.

Tulburări segmentare:

Segment cap:

— febră;
— senzație de frig-cald;
— cefalalgie;
— xerostomie, gust amar;
— grețuri, vomismente;
— anxietate;
— tulburări auditive.

Segmentul ceafă:

— febră;
— teamă de curent de aer;
— cefalalgii difuze;
— cefalee, redoarea cefei.

Segment umăr:

— febră;
— teamă de căldură, frig ori curenți de aer;
— dureri în umeri, iradiate spre gît.

Segmentul corp și membru inferior:

— febră;
— dureri în partea laterală a corpului cu senzație de frig-cald;
— dureri în șold;
— dureri și contractură pe fața externă a membrului inferior și pe maleola externă.

Tulburări ale totalității traiectului:

— Febră ridicată, asociată cu tumefierea bruscă a regiunii renale.

6. DIAGNOSTICUL DIN PUNCTUL DE VEDERE AL ACUPUNCTURII

6.1. EXAMENUL BOLNAVULUI

Diagnosticul în acupunctură constituie un element pe cît de important, pe atît de dificil. El se referă nu numai la precizarea unei afecțiuni oarecare (de exemplu astm bronșic, boala ulceroasă cu localizare duodenală etc.), ci și la încadrarea bolnavului în unul din cele două tipuri constituționale fundamentale (tipul Yang și tipul Inn), precum și a dezechilibrului energetic care a precedat și a ocazionat apariția afecțiunii respective. Pentru a putea obține toate aceste relații, examenul bolnavului va cuprinde pe lîngă metodele clasice de diagnostic (anamneză, examen clinic obiectiv, examene paraclinice, investigații biologice) și pe cele caracteristice medicinei tradiționale extrem-orientale (studiul tipologiei, interpretarea energetică a simptomatologiei, studiul pulsurilor chineze etc). Aceste elemente vor fi adunate în următoarele etape:

— Diagnosticul de *afecțiune* este de fapt diagnosticul occidental, care se face în maniera obișnuită și asupra căruia nu mai insistăm. Pentru grupele de afecțiuni care depășesc specialitatea și competența diagnostică a acupunctorului, este necesar avizul specialistului (neurolog, dermatolog, endocrinolog etc.), care va trebui să precizeze în același timp forma, stadiul de evoluție al bolii, precum și reversibilitatea sau ireversibilitatea leziunilor. Ar fi, de exemplu, o greșeală fundamentală a trata o constipație recentă, fără a exclude eventualitatea unui neoplasm de colon, care, evident, are cu totul alte indicații terapeutice decît acupunctura.

— Elementele diagnostice specifice medicinei tradiționale chineze, care prezintă o importanță deosebită pentru alegerea punctelor ce urmează a fi folosite, sînt pe de o parte tipul Yang sau Inn, atît al individului cît și al afecțiunii pe care o prezintă, iar pe de altă parte, a dezechilibrului energetic prezent, atît în ceea

ce privește raportul Yang-Inn, cît și în ceea ce privește repartiția energiei între diversele meridiane.

Preponderența energetică Yang-Inn se face în raport cu elementele care caracterizează cele două forme de energie.

Excesul de Yang (care se suprapune în mare parte cu simpaticotonia) are multiple forme de manifestare, studiul acestora permițînd precizarea tipului constituțional Yang și a caracterului Yang al afecțiunii prezente.

Elementele utile pentru caracterizarea *tipului constituțional* Yang, sînt:

— atitudine îndrăzneață;
— expresie mobilă, gesturi vii;
— ochii vii, strălucitori;
— pielea caldă, tonică, bine colorată;
— voce timbrată, fermă, debit verbal crescut;
— rezistență fizică;
— hipersensibilitate (senzitivă și senzorială) și hiperreflectivitate;
— țesuturi (în special țesut muscular) cu tonus bun.

Elementele utile pentru caracterizarea *tipului* Yang al *afecțiunii* sînt:

— afecțiuni bruște, mobile, intermitente, cu reacție febrilă marcată și semne de bună apărare a organismului. În simptomatologia clinică se întîlnesc adesea: contracturi, spasme, crampe, dureri vii, hipertensiune, congestii active, transpirații calde, hipermenoree, insomnie, metabolism bazal crescut;
— de obicei tulburările se accentuează în timpul zilei.

Excesul de Inn (care se suprapune în mare parte cu parasimpaticotonia) are de asemenea multiple forme de manifestare, studiul acestora permițînd precizarea tipului constituțional Inn și a caracterului Inn al afecțiunii prezente.

Elementele utile pentru caracterizarea *tipului constituțional* Inn sînt:

— atitudine pasivă, descurajantă și obosită;
— mină inexpresivă, privire atonă;
— piele rece, cu tonus scăzut, paloare;
— lentoare în vorbire, cu timbru șters;
— gesturi lente și rare;
— rezistență fizică scăzută;
— țesuturi flasce;
— hiposensibilitate (senzitivă și senzorială), hiporeflectivitate.

Elementele utile pentru caracterizarea *tipului* Inn al *afecțiunii* sînt:

— afecțiuni torpide, cronice, subfebrile, cu lipsă de reacție și de apărare a organismului. În simptomatologia clinică se întîlnesc adesea: congestii pasive, parestezii, prurit, hipotonia mușchilor și țesuturilor, hipotensiune, transpirații reci, amenoree, fatigabilitate, somnolență;
— tulburările se accentuează în cursul nopții.

În raport cu această simptomatologie se poate preciza excesul general de Yang sau de Inn, precum și excesul Yang sau Inn într-o regiune a corpului.

Diagnosticul diferențial între plenitudinea reală și cea aparentă consecutivă pătrunderii unei energii „perverse" într-un meridian sau organ este deosebit de dificil, fiind posibil doar după o experiență îndelungată. Din acest motiv, nu poate fi abordat în lucrarea de față. La fel de dificilă este diagnosticarea afectării vaselor secundare (distincte, tendino-musculare, Lo longitudinale) a căror prezentare integrală, de asemenea, nu a fost posibilă. Unele elemente au fost menționate într-un capitol anterior.

În ceea ce privește diagnosticul de meridian afectat, o importanță deosebită o prezintă studiul simptomatologiei expuse în capitolul V. De asemenea, în practica veche chineză, un rol important în stabilirea diagnosticului îl avea examenul atent al tegumentului feței, al ochilor, al abdomenului, al limbii și în special al pulsurilor, care necesită o mențione specială.

6.2. PULSURILE CHINEZE

Spre deosebire de medicina europeană, care caracterizează pulsul, în special în ceea ce privește ritmicitatea (ritmic — aritmic), frecvența (tahicardic — bradicardic) și amplitudinea (puls mare — puls mic), medicina extrem-orientală cercetează pulsurile pe un plan mult mai larg. Studiul lor atent a permis descrierea a 27 de caractere ale pulsurilor privind frecvența, ritmicitatea, duritatea, amplitudinea, forma, plenitudinea, amplasamentul etc.

Pulsurile chineze clasice sînt în număr de 12, situate pe artera radială, pe un segment de 5—6 cm, acolo unde se ia în mod obișnuit pulsul. Se cercetează trei niveluri și două profunzimi (fig. 19), și anume:

— pulsul *central*, la nivelul apofizei stiloide radiale;
— pulsul *superior*, proximal de apofiza stiloidă radială;
— pulsul *inferior*, distal de apofiza stiloidă radială.

Pentru fiecare din cele trei niveluri, se cercetează două profunzimi:

— pulsul *superficial* sesizat printr-un contact ferm, dar numai uşor apăsat al degetului;

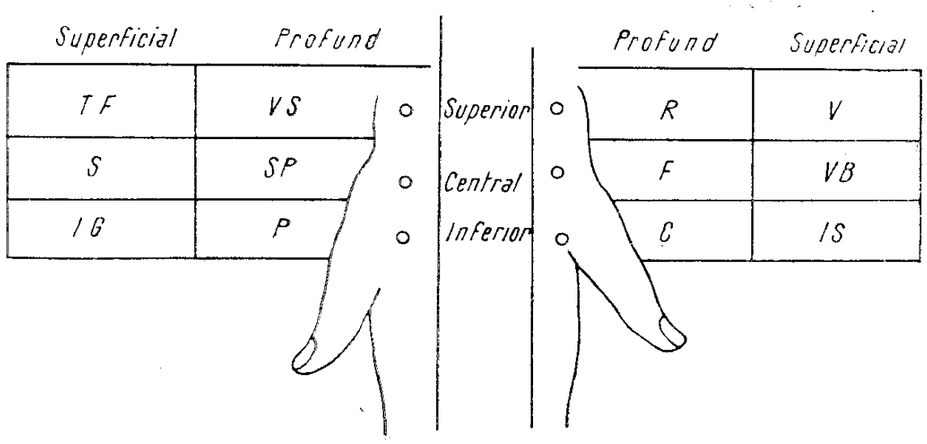


Fig. 19. — Cele 12 pulsuri chineze.

— pulsul *profund* sesizat printr-o apăsare mai insistentă, dar fără a comprima complet artera (fig. 20).

Pentru cercetarea pulsurilor chineze se procedează astfel: medicul aşezat în faţa bolnavului (aflat de 15 minute în repaus) cu braţele întinse pe masă, prinde în acelaşi timp ambele mîini ale

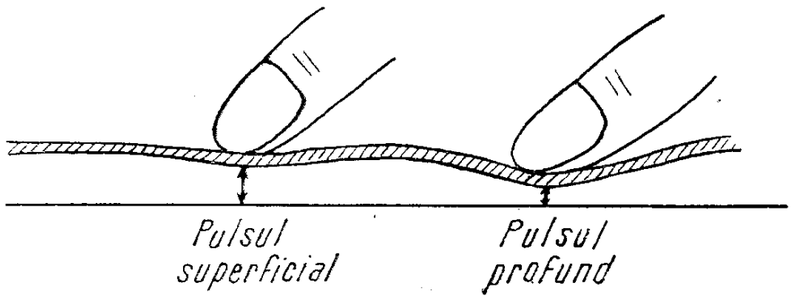


Fig. 20. — Tehnica de palpare a pulsului superficial şi profund.

bolnavului şi palpează cu acelaşi deget (de preferinţă indicele) de la ambele mîini, unul din niveluri şi profunzimile amintite. Este necesar a se cerceta un puls cel puţin în timpul a 8 bătăi.

În timpul luării pulsurilor chineze, rezultatele găsite se înscriu pe o fişă specială, însemnînd, de exemplu, cu 1, 2 şi 3 plusuri, excesul — şi cu 1, 2 şi 3 minusuri insuficienţa găsită.

Din numeroasele caracteristici găsite ale pulsurilor, cele care ne interesează în mod deosebit şi sînt mai uşor sesizabile au următoarele corespondenţe funcţionale:

— puls moale şi mic: organ insuficient;
— puls amplu şi dur: supraactivitate ori congestie a organului;
— puls moale şi gros: organ tumefiat, cu funcţie diminuată;
— puls mic, dur, ascuţit: organ spastic, contracturat, dureros.

Cu ajutorul pulsurilor, putem depista în mare un *exces* energetic (care necesită o tehnică de dispersie) sau o *insuficienţă* energetică (care necesită o tehnică de tonifiere). Acest lucru este relativ uşor de apreciat pe baza caracterului general al pulsurilor. Mai dificilă este aprecierea raportului existent între cele 12 pulsuri corespunzătoare celor 12 meridiane. Datorită dozei mari de subiectivism (aprecierea aceluiaşi puls de către mai mulţi acupunctori poate fi diferită), ponderea lor în precizarea diagnosticului trebuie să fie cu atît mai limitată, cu cît experienţa celui care le utilizează este mai mică.

Studiul pulsurilor chineze poate, de asemenea, permite precizarea excesului sau insuficienţei aspectului Yang sau Inn al energiei. *Excesul general de Yang* se caracterizează prin: pulsuri drepte mai puternice decît pulsurile stîngi, pulsurile superficiale mai puternice decît pulsurile profunde, pulsurile superioare mai puternice decît pulsurile inferioare. *Excesul general de Inn* se caracterizează prin: pulsurile stîngi mai puternice decît cele drepte, pulsurile profunde mai puternice decît cele superficiale, pulsurile superioare mai puternice decît cele inferioare.

Într-un mod asemănător se apreciază excesul de Yang sau de Inn în partea superioară sau inferioară a corpului (în raport cu preponderenţa pulsurilor în meridianele de aceeaşi natură, din regiunea superioară sau inferioară a corpului).

Datorită dificultăţilor în aprecierea pulsurilor chineze, unii autori moderni au încercat să obţină relaţii asemănătoare prin studiul proprietăţilor electrice ale punctelor de acupunctură. De exemplu, Akabane studiază rezistenţa electrică a punctelor terminale ale meridianelor, iar Bratu şi colab. (1959) rezistenţa electrică a punctelor de alarmă. Excesul energetic s-ar caracteriza printr-o rezistenţă electrică scăzută, iar insuficienţa energetică printr-o rezistenţă electrică crescută. Alegerea punctelor de utilizat ar trebui făcută astfel încît să producă o egalizare a valorilor rezistenţei patologic crescute sau scăzute.

Indiferent de modalitatea de precizare a dezechilibrului energetic între meridiane (studiul simptomatologiei, al pulsurilor, al proprietăţilor electrice cutanate), „echilibrarea energetică" se face utilizînd conexiunile existente între cele 12 meridiane, legate între ele prin numeroase „vase secundare" şi care permit transferul de energie din meridianele în exces către meridianele în insuficienţă. Aceste conexiuni, redate în tabelul de mai jos, sînt următoarele:

— Raporturile zise între „meridiane cuplate" se stabilesc între meridianele aşezate la puls la acelaşi nivel, însă unul superficial (Yang) şi altul profund (Inn). Aceste vase secundare sînt comandate de punctul Lo care se află de o parte şi de alta a extremităţilor lor, pe meridianele în raport.

Aceste raporturi sînt:

Tabelul IV

Raporturile dintre diferitele meridiane prin intermediul vaselor secundare

Meridian	Raport soţ—soţie	Raport zi—noapte	Raport meridiane cuplate	Mamă	Fiu
I	P	V.B.	I.S.	S.P.	I.S.
S	V.B.	V.S.	S.P.	I.G.	S.P.
F	S.P.	I.S.	V.B.	V.B.	P
I.G.	I.S.	R	I	P	S
I.S.	I.G.	F	I	I	V
V.S.	R	S	T.F.	R	T.F.
P	I	V	I.G.	F	I.G.
R	V.S.	I.G.	V	V	V.S.
S.P.	F	T.F.	S	S	I.
T.F.	V	S.P.	V.S.	V.S.	V.B.
V.B.	S	I	F	T.F.	F
V	T.F.	P	R	I.S.	R
	P	I.G.	V	R	
	S	S.P.	V.S.	T.F.	
	I	I.S.	V.B.	F	
			V.G.	V.G.	

Raporturile zise „soţ-soţie" se stabilesc între meridianele ce corespund la pulsuri pe cele două artere radiale. Ele sînt comandate de punctele de tonifiere, dispersie şi sursă ale acestor meridiane. Aceste raporturi sînt:

Pentru Yang:	I.S	I.G.	Pentru Inn	I	P.
	V.B.	S		F	S.P.
	V	T.F.		R	V.S.

— Raporturile zise „miezul zilei-miezul nopţii", stabilesc legături între un meridian şi altul care se găseşte separat de el prin alte cinci meridiane în lanţul circulaţiei. Corespondenţele stabilite sînt între un meridian Yang şi un meridian Inn. Vasul secundar ce le uneşte este comandat de punctul de tonifiere, dispersie, sursă şi Lo al acestor meridiane. Aceste raporturi sînt:

P	V	I	V.B.
R	I.G.	V.S.	S
S.P.	T.F.	F	I.S.

— Raporturile „mamă-fiu" stabilesc o legătură între meridianul supraiacent (mamă) şi subiacent (fiu), conform circulaţiei de energie. Un meridian, deci, joacă pentru meridianul ce-i urmează rolul de furnizor de energie („mamă"), cedînd în schimb energie meridianului următor („fiu"). Fiecare meridian deci este „mamă" celui ce-i urmează, fiind în acelaşi timp „fiu" precedentului, conform schemei:

mamă	fiu	mamă	fiu	
F	P	I.G.	S	S.P. . . . . etc.
	mamă	fiu	mamă	

Tonificînd, de exemplu, meridianul plămîn, se va tonifica în acelaşi timp „mama" sa (meridianul ficat) şi „fiul" său (meridianul intestin subţire). Acelaşi lucru însă, în sens invers, se va întîmpla dacă vom dispersa un meridian.

Aceste reguli sînt importante în momentul în care precizăm dezechilibrul unuia sau al mai multor meridiane. Punctele vor fi astfel alese încît să ducă la echilibrarea energetică prin transferul excesului de energie în meridianele aflate în insuficienţă, conform raporturilor menţionate mai sus.

În cazul în care există un dezechilibru energetic între cele două ramuri ale unui meridian (de exemplu, exces energetic în ramura dreaptă a meridianului Vezică, în caz de lombosciatică dreaptă) poate fi utilizată cu succes tehnica „marii înţepături", care se aplică în special cînd există o algie liniară de-a lungul unui meridian. Tehnica constă în tonifierea de partea nedureroasă, a punctului Lo al meridianului respectiv, precum şi a punctului Lo al meridianului cuplat după raportul „miezul zilei-miezul nopţii". Punctele utilizate în tehnica „marii înţepături" pentru diferitele meridiane sînt redate în tabelul V.

Pentru situaţii similare (exces energetic în ramura unui meridian), poate fi utilizată cu succes tehnica Ou-Rou, care constă în dispersia punctului sursă al meridianului în exces (Vezică sau Veziculă biliară pentru lombosciatică) şi tonifierea punctului Lo

Tabelul V

Marea înțepătură cuplată „miezul nopții — miezul zilei"

Durere unilaterală pe un meridian	Se tonifică de partea opusă		
Cord	I_5	și	V.B.$_{37}$
Stomac	S_{40}	și	V.S.$_6$
Ficat	F_5	și	I.S.$_7$
Intestin gros	I.G.$_6$	și	R_6
Intestin subțire	I.S.$_7$	și	F_5
Vase-Sex	V.S.$_6$	și	S_{40}
Plămîn	P_7	și	V_{58}
Rinichi	R_6	și	I.G.$_6$
Splină-Pancreas	S.P.$_4$	și	T.F.$_5$
Trei Focare	T.F.$_5$	și	S.P.$_4$
Veziculă biliară	V.B.$_{37}$	și	I_5
Vezică	V_{58}	și	P_7

al meridianului cuplat la pulsuri (pentru exemplul de mai sus al meridianelor Vezică și Veziculă biliară, meridianele Rinichi și Ficat).

Foarte răspîndită în Europa în prezent este tehnica de tratament simptomatic, care nu ține seamă de regulile echilibrării energetice între diferitele meridiane, utilizînd ca bază terapeutică lexicul terapeutic, care reprezintă esența experienței clinice acumulată de-a lungul anilor și care a demonstrat că într-o afecțiune sau alta unele puncte din cele 365 sînt deosebit de utile la înlăturarea afecțiunilor respective. În această situație, ar fi suficientă cunoașterea afecțiunii respective, a punctelor indicate pentru tratamentul ei și a localizării acestora. Rezultatele obținute în acest fel sînt de cele mai multe ori certe, dar de obicei nu suficient de durabile.

Metoda de tratament pe care o practicăm de mai multă vreme, cu rezultate bune, este următoarea:

— începem cu stabilirea diagnosticului clasic, folosind mijloacele clinice și de investigație obișnuite;

— stabilim apoi tipul constituțional (Yang sau Inn) cu care avem de-a face, precum și tipul Yang sau Inn al afecțiunii respective. Acest lucru va fi de mare folos în alegerea punctelor de acțiune generală, precum și a tehnicii lor de stimulare (în tonifiere sau în dispersie);

— cercetăm simptomatologia prezentă la bolnav, căutînd a descifra de care meridian depinde ea (conform relațiilor existente cu organele interne) și sub ce formă (exces sau insuficiență);

— luăm pulsurile chineze și ne bazăm pe ele, în măsura în care experiența ne-o permite. Eventual, acest timp îl completăm (unii l-au înlocuit) prin examenul electric al punctelor chineze. În orice caz, chiar dacă prin acest mijloc nu putem preciza natura dezechilibrului în cele 12 meridiane, putem preciza caracterul Yang sau Inn al afecțiunii respective;

— asamblăm datele obținute prin studiul simptomatologiei cu cel obținut prin examenul pulsurilor sau examenul electric, căutînd a preciza care meridiane se află în exces și care se află în insuficiență;

— utilizînd regulile de echilibrare energetică, vom alege punctele capabile să combată excesul energetic și să compenseze insuficiența, folosind un număr cît mai mic de puncte;

— în același timp cercetăm lexicul terapeutic ce indică punctele folosite în afecțiunea respectivă și căutăm a folosi acele puncte care sînt situate pe meridianele dereglate, încercînd a realiza în același timp echilibrarea energetică.

7. INDICAȚIILE ȘI LIMITELE ACUPUNCTURII

Ca orice tratament, acupunctura are indicații și contraindicații a căror cunoaștere este absolut indispensabilă, întrucît aplicată fără discernămînt, acolo unde posibilitățile sale sînt depășite, riscă eșecuri capabile să compromită o terapie a cărei valoare a fost probată de-a lungul a mai multor mii de ani. Pentru acest motiv, prima etapă ce urmează stabilirii diagnosticului este aceea dacă afecțiunea respectivă se încadrează sau nu în indicațiile acupuncturii. Numai după ce am răspuns afirmativ la această întrebare, putem trece la aplicarea propriu-zisă a tratamentului.

Acupunctura poate fi aplicată atît profilactic cît și curativ.

Profilactic a fost aplicată mai ales în Japonia, unde a dat bune rezultate în prevenirea tuberculozei. Deși clasic se consideră că acupunctura nu influențează organele normale, datele experimentale au demonstrat posibilitatea modificării funcțiilor de apărare probate prin creșterea indicelui opsonofagocitar, a numărului de leucocite, a anticorpilor, a secreției de hormoni corticosuprarenali etc. În această situație putem vorbi deci de o profilaxie *nespecifică,* adică de creșterea capacității imunobiologice de luptă împotriva agresiunilor externe (virotice, microbiene, fizice etc.).

Curativ, acupunctura poate fi aplicată în numeroase afecțiuni, procentul de vindecări sau ameliorări fiind însă variabil de la afecțiune la afecțiune. Beneficiul cel mai mare este obținut în următoarele categorii de tulburări:

— Tulburările *funcționale pure,* evoluînd fără leziuni organice decelabile, ca de exemplu: distoniile neurovegetative, nevrozele de organ (nevroza cardiacă, respiratorie), diskinezia biliară, cefaleele idiopatice, parezele faciale, zise *„a frigore"*. În această categorie pot fi incluse, de asemenea, unele tulburări psihice zise „minore", ca: iritabilitate, trac, anxietate, emotivitate exagerată, insomnie etc.

— Tulburările *funcționale* care evoluează paralel cu leziuni *organice* reversibile. Existența unor tulburări funcționale poate face să apară și să întrețină unele leziuni organice reversibile.

Înlăturarea tulburării funcționale va întrerupe cercul vicios care întreține leziunea. Din această categorie fac parte:

afecțiunile încadrate în bolile zise *corticoviscerale* sau *psihosomatice:* ulcerul gastro-duodenal, hipertensiunea arterială, unele colopatii etc.;

unele tulburări psihosexuale (impotență, frigiditate);

afecțiunile alergice (astmul bronșic alergic pur, unele eczeme, pruritul idiopatic, edemul Quincke, coriza spasmodică, sinuzitele);

afecțiunile sau tulburările care au la bază *spasme* ale musculaturii netede (colici biliare, nefretice, intestinale) sau ale musculaturii striate (torticolis, crampe musculare);

unele tulburări *vasculare* (sindrom de ischemie periferică cronică, sindrom Raynaud etc.).

— *Algiile* atît cele de natură viscerală cît mai ales cele neviscerale (nevralgie de trigemen, nevralgie sciatică, nevralgii dentare etc.). În multe cazuri rezultatele sînt excelente, motiv pentru care deseori metoda a fost numită și o „terapie a durerilor".

— Pentru obținerea unei *anestezii* (mai corect a unei analgezii) în timpul intervențiilor chirurgicale, acupunctura reprezintă poate unica metodă de rezolvare a cazurilor care nu pot beneficia de metodele clasice (alergie medicamentoasă sau alte contraindicații ale substanțelor medicamentoase utilizate în scop anestezic).

— În cazul existenței unor *leziuni organice* profunde, ireversibile, peste care se suprapun tulburări funcționale, tratamentul prin acupunctură nu va înlătura leziunea, dar va putea înlătura tulburările funcționale supraadăugate.

Limitele acupuncturii sînt deja sugerate din analiza registrului posibilităților sale. Ne putem aștepta la un rezultat slab în toate cazurile în care elementul organic ireversibil este deja instalat. Sînt, de exemplu, dincolo de posibilitățile sale: neoplasmele (deși acupunctura poate fi uneori utilă în înlăturarea elementului „durere"), leziunile cardiace vasculare, bolile de sînge (exceptînd unele anemii), bolile hepatice în general, bolile renale, bolile pancreatice, bolile psihice majore (schizofrenie, paranoia etc.), bolile neurologice (siringomielie, leuconevraxită, paralizie generală progresivă etc.), bolile endocrine prin insuficiență glandulară etc. În multe din aceste situații pot fi obținute „ameliorări" ale unor tulburări funcționale supraadăugate, ceea ce nu trebuie confundat cu influențarea procesului patologic de bază.

În afara limitelor care depind de indicațiile acupuncturii, mai există unele limite impuse de o serie de factori intrinseci, care

pot să scadă sau să anuleze acțiunea stimulării lor, chiar atunci cînd afecțiunea se încadrează printre indicațiile sale clasice.

Condițiile extrinseci care influențează defavorabil răspunsul la tratamentul prin acupunctură sînt:

— un tratament roentgen efectuat cu mai puțin de 6 luni înainte;

— unele intervenții chirurgicale ca radiculotomii, simpatectomii, duc la anularea efectului de stimulare a punctelor situate pe teritoriul denervat vegetativ;

— autointoxicațiile (uremie cronică, insuficiența hepatică) sau heterointoxicațiile nemedicamentoase sau medicamentoase (în special cea morfinică).

Condițiile intrinseci care influențează defavorabil răspunsul la tratamentul prin acupunctură sînt:

— acupuncturorezistența *primară* (indivizi care nu răspund la tratament chiar atunci cînd ne aflăm în fața unei afecțiuni teoretic rezolvabile prin acupunctură) sau *secundară* (apărută ca urmare a efectuării unui număr mare dè ședințe de acupunctură, la un interval mic, de exemplu, zilnic).

În general, s-a observat că indivizii slabi răspund mai bine decît obezii, intelectualii mai bine decît lucrătorii manuali, copiii mai bine decît adulții (motiv pentru care sub 6 ani se recomandă, pentru a evita o reacție brutală, acțiuni mai blînde, ca moxe sau masaje), bătrînii mai slab decît adulții etc.

Există, de asemenea, o periodicitate de eficacitate a tratamentului în raport cu perioada din zi sau din an în care este aplicată. Afecțiunile simpaticotone (Yang) vor fi mai ușor de influențat dimineața, în timp ce afecțiunile parasimpaticotone (Inn) vor putea fi mai ușor influențate seara, în raport cu dominanta firească a tonusului respectiv. Pentru același motiv, afecțiunile Yang vor fi mai bine influențate primăvara și vara, în timp ce afecțiunile Inn, mai bine toamna și iarna. Fără îndoială, această diferență de răspuns nu este foarte evidentă și trebuie ținut seama de ea numai atunci cînd acest lucru este posibil. De exemplu, rezultatul va fi ceva mai bun dacă o insomnie de tip Yang (prin simpaticotonie: bolnavul adoarme greu) va fi tratată în cursul dimineții, decît în cursul serii și invers pentru insomniile de tip Inn (prin vagotonie: bolnavul adoarme repede, dar se trezește după cîteva ore de somn).

7.1. CONTRAINDICAȚII, ERORI, INCIDENTE

Contraindicațiile acupuncturii nu sînt foarte numeroase. Trebuie evitată aplicarea acelor cînd bolnavul este epuizat, în stările

grave însoțite de obnubilare, după un prînz abundent, în stare de ebrietate, într-un acces de furie, pe timp de furtună sau ploi torențiale.

Trebuie evitată aplicarea acelor în timpul ciclului menstrual, întrucît poate produce dereglări ale ciclului, care poate să apară uneori tardiv, după mai multe luni. În caz de dismenoree se vor stimula punctele V_{60} și V_{62}.

Unele puncte trebuie evitate în cursul sarcinii, întrucît pot produce avort. Cele mai periculoase în acest sens sînt: $I.G._4$, $S.P._6$, S_{36}, S_{30}, V_{67} și $V.C._3$.

Erorile posibile care explică multe din eșecuri sînt următoarele:

— eroare în aprecierea tipului constituțional al bolnavului și a posibilităților sale de reacție. Există situații în care resursele terapeutice ale acupuncturii sînt depășite. De exemplu, în prezența semnelor de „insuficiență totală de energie", tratamentul prin acupunctură este inoperant, întrucît după expresia clasicilor acupuncturii „acele nu creează energie", ci doar o mînuiesc atunci cînd există;

— eroare în aprecierea tipului de afecțiune, a dezechilibrului energetic și, deci, în alegerea punctelor. În afecțiuni de tip simpaticotonic (Yang) vor trebui alese alte puncte decît în afecțiuni de tip parasimpaticomimetic (Inn). În caz contrar, chiar dacă nu se obține o agravare a bolii, aplicarea acelor va rămîne fără efect. De asemenea, aplicarea tehnicii de dispersie, în caz de insuficiență, sau a tehnicii de tonifiere, în caz de exces energetic, rămîne de obicei fără nici un răspuns terapeutic;

— eroare în alegerea punctelor celor mai utile pentru *bolnavul* respectiv și pentru *boala* pe care o prezintă. Mai ales pentru începători, există uneori o mare dificultate în alegerea, într-un caz anume, din cele circa 365 de puncte, a celor capabile să înlăture tulburările prezente. De exemplu, numai pentru simptomul vărsătură pot fi utilizate peste 70 de puncte, fiecare din acestea, însă, avînd o nuanță particulară;

— în fine, eroarea cea mai frecventă pare a fi în raport cu localizarea *imprecisă* a punctelor. O eroare minimă de localizare poate face înțepătura complet sau aproape complet inactivă.

Incidente. Agravarea simptomelor prezente (niciodată apariția de simptome noi) poate fi întîlnită într-un număr relativ mic de cazuri. Ea este de obicei pasageră, rareori durînd mai mult de cîteva zile. De cele mai multe ori ea se manifestă în orele ce urmează ședinței. Agravările care apar mai tîrziu de 4 zile de la

ședința de acupunctură pot fi considerate ca survenind independent de ea. Agravările nu se produc de obicei decît după primele trei ședințe, rareori după a patra.

Cauza agravărilor nu se cunoaște cu siguranță. Au fost incriminate vechimea bolii (în afecțiunile mai vechi, agravarea este mai frecventă), hiperreactivitatea bolnavului, o acțiune intempestivă asupra punctelor de acupunctură ducînd la agravarea unui dezechilibru existent sau la crearea unor noi dezechilibre. S-a constatat o agravare mai frecventă a unor afecțiuni cînd au fost utilizate puncte situate în vecinătatea regiunilor bolnave. Pentru acest motiv, chinezii recomandă tratarea afecțiunilor prin puncte contralaterale, puncte în jumătatea dreaptă a corpului pentru afecțiunile jumătății stîngi, puncte situate la extremitățile inferioare pentru afecțiunile extremității cefalice etc.

Lipotimiile constituie un incident care apare cu o frecvență de aproximativ 1—3% din cazuri. Incidentul se produce în timpul aplicării acelor sau la cîteva minute mai tîrziu, niciodată însă după scoaterea lor. Nu pare a juca un rol principal elementul emotiv, ci un mod special de reacție al organismului, mai ales după înțeparea anumitor puncte ($V.G._{18}$, P_7, V_{54}). Incidentul apare mai frecvent în ortostatism sau în poziție șezîndă, ceea ce sugerează ca mecanism patogenetic o hipotensiune apărută brusc.

Mai frecvent decît lipotimiile se întîlnesc stările de slăbiciune cu paloare și senzație de gol epigastric, însoțite de transpirație sau mai rar de vărsătură.

Apariția unuia din incidentele semnalate indică o reacție bună a organismului la acțiunea acelor, întrucît în această situație rezultatul terapeutic este totdeauna bun. Este încă un argument care arată că acupunctura produce o „mobilizare" a sistemului nervos vegetativ, care uneori influențează dinamica vasomotorie mai mult decît am dori.

În prezența incidentelor menționate, unii autori sfătuiesc continuarea ședinței, întrucît niciodată nu s-au semnalat accidente sau necesitatea aplicării unor metode moderne de reanimare. Mai prudentă ni se pare atitudinea lui Bratu, Niboyet și a altora, care recomandă scoaterea acelor, întinderea bolnavului și aplicarea unor manevre: înfigerea unghiilor operatorului la 2 mm de punctul de emergență al unghiilor bolnavului (Niboyet), masarea punctului $V.G._{24}$ situat sub cloazonul nazal (Bratu), masarea punctului intestin gros $I.G._{10}$ în sensul acelor unui ceasornic sau masarea în același sens a punctului $V.C._{17}$ sau înțeparea punctului $V.C._{24}$.

8. TEHNICA TRATAMENTULUI PRIN ACUPUNCTURĂ

8.1. ACELE DE ACUPUNCTURĂ

Pentru a realiza excitarea punctelor de acupunctură, în ultimii 30 de ani au fost încercate, în special în Europa, o serie de procedee fizice (aplicarea de ultrasunete), chimice (injectarea unor substanțe ca histamină, hidrocortizon, novocaină), electrice (electroacupunctură), termice (încălzirea acelor) etc. Cu excepția ultimei metode (care înlocuiește într-o oarecare măsură moxa), nici una din celelalte metode nu egalează efectele obținute cu ajutorul înțepăturilor clasice. Totuși, în unele situații, ca de exemplu necesitatea prelungirii stimulării cutanate în vederea obținerii unei analgezii prelungite, aplicarea unui curent electric pe acele introduse în piele poate fi de un real folos, reducînd la minimum personalul auxiliar imobilizat pentru agitarea continuă a acelor (mișcări rotatorii, vibratorii sau de du-te-vino în profunzime.)

Acele de acupunctură sînt confecționate din oricare material care îndeplinește trei condiții: inoxidabilitate, incasabilitate și rezistență la flambaj. Singurele ace utilizate curent sînt cele de oțel inoxidabil sau din alte aliaje conținînd oțel, nichel, cupru etc. și mai rar din aur și din argint. Pentru acestea din urmă se descrie posibilitatea obținerii unui efect mai puternic tonifiant (ace de aur) sau dispersant (ace de argint).

Forma acelor trebuie să fie adaptată unui cît mai mic traumatism. Pentru aceasta ele trebuie să fie efilate, cu vîrful ascuțit. La extremitatea opusă necesită, fie o formă pătrată, fie un manșon care să permită o mai bună priză în timpul introducerii sau rotirii.

Grosimea acelor variază de la 0,2 mm (acele japoneze utilizate pentru punctele situate la extremitățile degetelor sau la față), pînă la 0,7 mm (folosite la indivizii grași sau în regiunile musculoase — spate, gambe etc.).

Lungimea acelor variază între 2 şi 8 cm în raport cu necesitatea atingerii unei profunzimi variabile. Sînt puncte care trebuie înţepate superficial şi puncte care trebuie înţepate mai adînc. În orice caz, ele trebuie să ajungă în derm sau hipoderm, acolo unde se pare că se găsesc situate punctele active, fără îndoială în raport cu inervaţia vegetativă a formaţiunilor cutanate dermice şi subdermice.

8.2. LOCALIZAREA PUNCTELOR

Localizarea punctelor constituie unul din timpii cei mai importanţi ai tratamentului; întrucît aria de eficacitate a punctelor nu depăşeşte cîţiva mm², cunoaşterea exactă a amplasamentului lor este indispensabilă. Întrucît există faţă de descripţiile clasice variaţii de amplasament, probabil în raport cu asimetria întîlnită în structurile corpului (inclusiv a inervaţiei vegetative), o importanţă deosebită în localizarea lor precisă o are *sensibilitatea* la presiune. Pe drept cuvînt Malapert (1959) considera că găsirea unui punct dureros alături de amplasamentul normal al punctului nu trebuie să ne facă nici o clipă a ezita să-l înţepăm.

Fig. 21. — **Unitatea de măsură (distanţa) utilizată pentru localizarea punctelor de acupunctură.**

Localizarea aproximativă a punctului se face folosind clasica distanţă (d.) „deget" (fig. 21), care este depărtarea între pliurile de flexie ale falangei mediusului, ceea ce corespunde în mare cu lăţimea degetului la acest nivel (în medie 2 cm). Trebuie folosit bineînţeles transversul de deget al bolnavului şi nu al celui care caută punctele.

Deşi preferăm localizarea *manuală* a punctelor, menţionăm existenţa unor aparate, produse în diferite ţări, care de obicei permit localizarea punctelor, folosind proprietatea electrică a tegumentului în aceste zone, de a avea o rezistenţă electrică mai scăzută. Cînd rezistenţa electrică scade sub un anumit prag în raport cu rezistenţa electrică medie a tegumentului individului, aparatul respectiv emite un sunet sau un semnal luminos. Trebuie menţionată însă existenţa unor rezultate fals-pozitive (rezistenţă scăzută pe regiuni în care nu există puncte de acupunctură) sau fals-negative (rezistenţa electrică normală la nivelul punctelor de acupunctură).

8.3. ÎNŢEPAREA PUNCTELOR

Poziţia bolnavului va fi adaptată localizării punctelor care urmează a fi înţepate. În general, trebuie evitat ortostatismul, întrucît aceasta este poziţia în care apar mai frecvent lipotimiile. Este bine ca în timpul aplicării acelor individul să fie relaxat, calm, cu atenţia îndreptată către medic.

Modul de introducere a acelor în piele are importanţă în vederea obţinerii unui efect tonifiant sau dispersant. În concepţia noastră, excitaţiile realizate cu ajutorul înţepăturilor constituie o modalitate de *codificare* a informaţiilor care, transmise la nivelul sistemului nervos central, vor fi prelucrate în vederea declanşării reacţiei de răspuns. Codificarea informaţiei care trebuie transmisă centrilor de prelucrare se poate face în trei feluri: *spaţial* (în raport cu locul înţepăturii), *temporal* (în raport cu durata înţepăturii) şi *modaţional* (în raport cu modul de introducere a acelor în piele), aspecte ce vor fi tratate în capitolul ce urmează.

8.4. TEHNICA DE TONIFIERE ŞI DE DISPERSIE

Înţeparea unui punct de acupunctură este urmată de o serie de reacţii „normalizatoare" asupra organelor interne. Clasic, acupunctura influenţează puţin organele a căror funcţie este normală. Dimpotrivă, acţiunea va fi cu atît mai puternică cu cît organul de corelaţie prezintă o tulburare mai accentuată. Întrucît există afecţiuni prin *exces* şi afecţiuni prin *insuficienţă*, evident, tehnica tratării unora sau a altora trebuie să difere pentru a permite corectarea excesului sau a insuficienţei.

O dată stabilit diagnosticul de exces sau insuficienţă, alegerea punctelor se va face de aşa manieră încît să permită reechilibrarea energetică. Pentru a „tonifia" sau „dispersa" un meridian, influenţînd în mod corespunzător organul de corelaţie, vom utiliza în primul rînd punctele de tonifiere şi de dispersie ale meridianelor respective. Aceste puncte, oricum ar fi înţepate, vor avea efect de tonifiere pentru punctele de tonifiere şi efect de dispersie pentru punctele de dispersie. Trebuie avut în vedere faptul că putem tonifia un meridian insuficient, dispersînd meridianele în exces, cu care se găseşte în raporturi energetice.

Majoritatea punctelor de acupunctură însă nu sînt nici puncte de tonifiere, nici puncte de dispersie, ceea ce face ca modul lor de înţepare să aibă o importanţă deosebită pentru obţinerea efectului tonifiant sau dispersant. După Leueg (1973) metodele prin care se pot obţine aceste efecte diferite sînt următoarele:

— viteza de introducere a acului în piele: pentru efectul tonifiant acul va fi introdus lent, în 3 etape şi va fi scos brusc, iar după scoatere punctul va fi masat; pentru efectul dispersant, acul va fi introdus brusc, într-o singură etapă, fiind scos lent, în 3 etape; după scoaterea acului, orificiul creat va fi lăsat liber;

— *sensul* înţepăturii: dacă vîrful acului este introdus în sensul circulaţiei energiei în meridian, se va obţine un efect tonifiant, în timp ce vîrful acului introdus în sens opus circulaţiei de energie va declanşa un efect dispersant. De asemenea, dacă se aleg mai multe puncte, ordinea înţepăturii lor va fi în sensul circulaţiei energiei, pentru tonifiere şi în sens invers ei, pentru dispersie. Este necesar să menţionăm însă că, după majoritatea autorilor în meridianele Inn acele se introduc vertical;

— răsucirea acelor: pentru meridianele Yang ale membrelor superioare, meridianele Inn ale membrelor inferioare şi pentru vasul de concepţie, răsucirea în sensul invers acelor de ceasornic produce tonifiere, în timp ce răsucirea lor în sensul acelor de ceasornic, dispersie. Pentru meridianele Inn ale membrelor superioare, meridianele Yang ale membrelor inferioare şi pentru vasul guvernor, răsucirea acelor în sensul invers acelor de ceasornic va produce dispersie, iar răsucirea lor în sensul acelor de ceasornic, tonifiere;

— cînd este posibil, înţeparea punctelor unui meridian în timpul maximumului său energetic va avea un efect dispersant; dimpotrivă, înţeparea lor în timpul minimumului energetic va avea un efect tonifiant;

— înţeparea punctelor în timpul inspirului şi scoaterea acelor în expir are efect dispersant; dimpotrivă, înţeparea punctelor în expir şi scoaterea acelor în inspir are efect tonifiant.

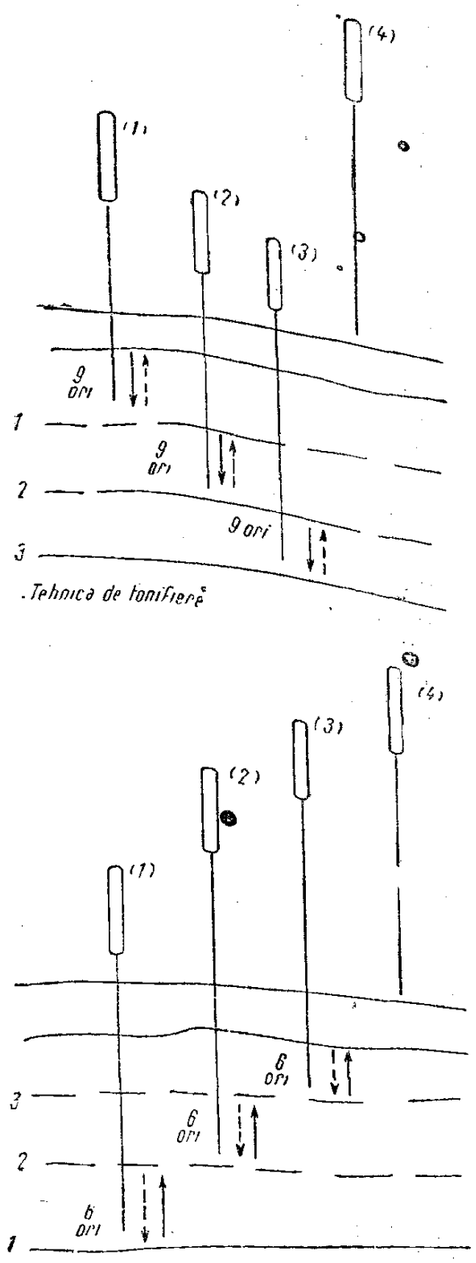
Timpul de lăsare a acelor pe loc în vederea obţinerii unui efect tonifiant sau dispersant este apreciat în mod diferit de la autor la autor. Niboyet recomandă 2—4′ pentru dispersie şi 10′ pentru tonifiere, în timp ce Voisin recomandă pentru tonifiere 2—3′, iar pentru dispersie 5—10′. După părerea noastră, în această privinţă nu este posibilă o atitudine standard. De exemplu, un efect tonifiant poate fi obţinut printr-o acţiune energică şi scurtă asupra motilităţii gastrice sau uterine în timp ce asupra glandelor endocrine sau a funcţiilor de imunoapărare ale organismului acelaşi efect tonifiant va fi obţinut printr-o acţiune prelungită (10—20′). Efectul dispersant poate fi obţinut, de asemenea, fie prin utilizarea unui timp scurt (dispersie „scurtă", utilă — de exemplu — în stimularea punctelor cheie ale vaselor „curioase") fie prin utilizarea unui timp lung (dispersie „lungă", utilă — de exemplu — în caz de contracturi musculare). Mulţi autori sînt de părere că pentru dispersie este necesară o profunzime mai mare şi o durată de lăsare a acelor mai lungă.

În alegerea timpului de lăsare a acelor pe loc, două aspecte trebuie avute în vedere.

La indivizii slabi, nervoşi, precum şi la copii, acele trebuie ţinute mai puţin decît la indivizii graşi, musculoşi sau vîrstnici. Pentru bolile acute, acele vor fi lăsate pe loc un timp mai scurt, iar pentru cele cronice un timp mai lung.

Fără a impune un timp oarecare lăsării acelor pe loc (de obicei între 1 şi 15′), trebuie ţinut totdeauna seama de un element important: atît vreme cît acele sînt ţinute ferm în piele, ele trebuie lăsate încă pe loc, deşi s-a depăşit poate timpul pe care ni-l propusesem la începutul şedinţei.

Leueg (1973) consideră că una din cele mai bune metode de tonifiere este introducerea în piele a acelor în 3 etape, după tehnica următoare: în prima etapă acul trebuie introdus subepi-



Tehnica de tonifiere

Fig. 22. — Tehnica de tonifiere şi dispersie prin acupunctură.

dermic, în cea de-a doua dermic, iar în a treia — hipodermic. La fiecare etapă se efectuează 9 mișcări de du-te-vino (din afară în interior și invers), după care acul este scos afară printr-o singură mișcare (fig. 22). Autorul sfătuiește repetarea ciclului pînă la apariția senzației de căldură. În același timp se respectă celelalte manevre (rotirea acelor, timpul respirator etc.). Dimpotrivă, dispersia poate fi obținută printr-o tehnică în sens invers: acul este introdus profund, printr-o singură mișcare, pînă la stratul muscular, de unde va fi retras în 3 etape: intradermic, subdermic și la exterior. La fiecare din cele 3 profunzimi se va efectua mișcarea de du-te-vino de 6 ori, introducerea acului fiind lentă, iar retragerea energică (invers de cum trebuie procedat pentru tehnica de tonifiere). Ciclul poate fi repetat pînă ce bolnavul resimte senzația de rece. Bineînțeles, trebuie respectate și celelalte modalități de dispersie (timp respirator, sensul de rotire a acelor etc.).

Leueg (1973) recomandă tehnica de tonifiere menționată mai sus, în special în afecțiunile cronice, atonice, ca de exemplu în paralizii, atrofii musculare, pareze etc. Dimpotrivă, tehnica de dispersie menționată de el este indicată în afecțiunile prin plenitudine, ca hipertensiune, hemiplegie prin accident vascular cerebral etc.

8.5. NUMĂRUL PUNCTELOR UTILIZATE

În timpul unei ședințe de acupunctură, numărul punctelor utilizate variază de obicei între 6 și 8, adică 12—16 ace. Este de preferat obținerea unui efect maxim cu minimun de ace. În afecțiunile degenerative, de exemplu, numărul punctelor utilizate este mai mare, mai ales atunci cînd tulburările prezente cuprind mai multe organe.

8.6. NUMĂRUL ȘEDINȚELOR

Numărul de ședințe necesar obținerii efectului maxim scontat într-o afecțiune variază în raport cu vechimea, extensia și profunzimea leziunilor. Sînt cazuri (evident, rare), în care o singură ședință este suficientă pentru dispariția unor simptome, cum ar fi, de exemplu, o durere dentară produsă de o carie. Bineînțeles, în acest caz ceea ce dispare este simptomul durere, procesul patologic nefiind influențat. De obicei, însă chiar în afecțiunile acute,

care cedează mai rapid, este nevoie de cîteva ședințe (4—8). În cazurile cronice, însă, numărul ședințelor este cu atît mai mare, cu cît afecțiunea este mai veche și mai profundă, fiind suficiente de obicei 10—12 ședințe. Există însă situații în care sînt necesare cîteva serii de cîte 15—20 de ședințe, avînd între ele intervale variabile, în raport cu răspunsul obținut.

Spațierea ședințelor se face de asemenea în raport cu afecțiunea prezentă și cu răspunsul la tratament. În afecțiunile acute (colici, spasme, nevralgii etc.), rareori sînt necesare și utile două ședințe pe zi, o ședință pe zi sau la 2 zile fiind suficientă. În cazurile cronice, în care sînt necesare un număr mai mare de ședințe, primele vor fi făcute la 3—4 zile, pînă la obținerea unei oarecare ameliorări, apoi la 6—10 zile, pînă la completa vindecare sau pînă la ameliorarea pe care o considerăm maximă la bolnavul și la boala respectivă.

Pentru afecțiunile foarte vechi, care necesită mai mult de 15 ședințe, acestea vor fi spațiate progresiv pînă la o distanță maximă de 15 zile. În unele cazuri, se poate recurge la un tratament „de întreținere", constînd în efectuarea unei ședințe la 15—30 de zile, în vederea „prevenirii" unei recidive.

8.7. ALEGEREA PUNCTELOR

Una din cele mai importante etape ale tratamentului prin acupunctură constă în alegerea corectă a punctelor ce urmează a fi utilizate în fiecare caz în parte. Această alegere corectă nu poate fi concepută fără un diagnostic corect, atît al afecțiunii respective, cît și al dezechilibrului energetic prezent. Avînd la îndemînă aceste două relații diagnostice, vom putea alege din cele aproximativ 365 de puncte un număr restrîns de 5—10 ce urmează a fi utilizate în aceeași ședință sau în ședințe succesive. Dată fiind importanța deosebită a acestei etape a tratamentului, ea va fi tratată într-un capitol aparte.

9. FORMULAR TERAPEUTIC

Am căutat să dăm o gamă cît mai completă a punctelor recomandate de autorii extrem-orientali, puncte verificate printr-o experienţă multimilenară, puncte citate şi de autorii europeni.

Din repertoriul foarte larg, menţionăm pe cele ce întrunesc marea majoritate a recomandărilor, servindu-ne într-o măsură oarecare şi de experienţa noastră personală, rezultată din cîteva decenii de aplicare a acupuncturii, în exclusivitate sau alături de terapia alopatică sau homeopatică, într-o serie variată de afecţiuni.

9.1. PUNCTE CU ACŢIUNE GENERALĂ

— Tulburări neuropsihice: V_{10}; T.M.$_{16, 19}$; V.B.$_{20}$; I_3; S_{36}; S.P.$_{2, 6}$; J.M.$_{12, 15}$; F_2.
— Tulburări neurovegetative: J.M.$_{4, 6}$; T.M.$_{19}$; V.S.$_6$; I.G.$_4$; S_{36}; $F_{2, 3}$; R_7; V.B.$_{34}$.

9.2. PUNCTE CU ACŢIUNE LIMITATĂ

— Astenie, nervozitate: S_{36}; J.M.$_{6, 12, 15}$.
— Anxietate: S.P.$_2$, S_{36}; V.B.$_{34}$.
— Hiperemotivitate: $I_{3, 7}$; S_{36}; T.M.$_{19}$.
— Hipertensiune arterială: S_9; V.S.$_6$.
— Hipotensiune arterială: S_{36}, R_7; J.M.$_{24}$.
— Meteorosensibilitate: T.F.$_{15}$.

9.3. PUNCTE SIMPTOMATICE

— Afecţiuni alergice: V.U.$_{12, 13}$; V.B.$_{38, 40}$.
— Nevralgii, dureri eratice: I.G.$_4$; V.B.$_{38}$; V.U.$_{60}$.
— Crampe abdominale: $F_{2, 3}$; S.P.$_9$.

— Anemie: S_{36}; V.U.$_{38}$.
— Afecţiuni articulare: I.G.$_{11}$; T.F.$_{3, 5}$; S_{36}; V.U.$_{11}$; V.U.$_{54, 60}$; V.B.$_{41}$.
— Afecţiuni musculare: V.B.$_{34}$.
— Afecţiuni cutanate: I.G.$_{11}$; V.U.$_{54}$.

9.4. PUNCTE ORGANOTROPE

Ochi: I.G.$_{11, 4}$; V.U.$_{1, 2, 8}$; V.B.$_1$; T.F.$_{23}$.
Nas, laringe: I.G.$_{4, 11, 19, 20}$; V.B.$_{20}$; T.M.$_{22}$.
Gură, dinţi: T.G.$_{1, 4}$; S_6; V.S.$_6$; T.M.$_{16}$.
Faringe, amigdale: I.G.$_{4, 11}$; T.F.$_3$; $P_{9, 11}$; V.S.$_6$.
Inimă: V.U.$_{15, 17}$; artere: P_9; vene: S_{40}; V.B.$_{38}$.
Plămîn: V.U.$_{12, 13}$; $P_{5, 8, 9}$; J.M.$_{17, 21}$; T.M.$_{14}$.
Stomac: T.M.$_8$; J.M.$_{12, 13}$; V.U.$_{21}$; F_{13}; S_{36}.
Intestin: $S_{25, 36}$; V.U.$_{25, 27}$; J.M.$_{4, 6, 9}$.
Ficat, veziculă biliară: J.M.$_{12}$; F_{13}; V.U.$_{18, 19}$; T.M.$_{19}$.
Rinichi: V.U.$_{23}$; S.P.$_{9, 11}$.
Căi urinare, vezică: V.U.$_{22, 23, 30, 31}$; S.P.$_9$; J.M.$_{3, 4, 5}$.
Aparat genital feminin: J.M.$_{2, 3, 6}$; V.U.$_{23, 27, 30, 31, 32, 33, 34}$.
Aparat genital masculin: V.U.$_{23, 47}$; S.P.$_6$; J.M.$_{4, 5}$.

9.5. PUNCTE SEGMENTARE

Cap: V.U.$_{2, 3, 4, 10, 54}$; V.B.$_{1, 20}$; I.B.$_4$; $S_{1, 36}$.
Faţă: I.G.$_{4, 11}$; T.M.$_{23, 25}$.
Gît: I.G.$_4$, T.M.$_{13, 14}$; T.F.$_{17}$.
Torace: I.G.$_{11}$; T.M.$_{10, 14}$; V.U.$_{11, 12, 13, 53}$; V.S.$_6$; T.F.$_4$.
Abdomen: $S_{25, 36}$; J.M.$_6$; T.M.$_3$; $F_{8, 13}$; S.P.$_9$.
Lombe, regiunea sacrată: V.U.$_{22, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 54}$; T.M.$_{1, 2, 5}$.
Coccis: V.U.$_{31, 32, 33, 34}$; T.M.$_{1, 2}$.
Umăr: V.B.$_{21}$; I.B.$_{14, 15, 16}$; P_5.
Braţ: I.G.$_{11, 14, 15}$; $P_{5, 6}$.
Cot: I_3; T.F.$_{5, 10}$; I.G.$_{10, 11}$; I.S.$_4$.
Antebraţ: I.G.$_{4, 10, 11}$; T.F.$_{5, 6, 7}$.
Mînă: LG.$_4$; T.F.$_{3, 6}$; V.S.$_7$; I.S.$_4$.
Şold, dureri, contracturi determinate în special de coxartroze. Pentru efect antalgic, decontracturant: V.B.$_{30, 43}$; F_3; S_{36}; V.U.$_{50, 54, 60}$.

Coapsă: V.U.$_{53, 54}$; V.B.$_{30, 31, 32}$; F_8.
Genunchi: V.U.$_{54}$; V.B.$_{34}$; S.P.$_9$; $F_{6, 7, 8, 9}$; S_{33}.
Gambă: V.U.$_{54, 57}$; V.B.$_{34, 37, 40}$; F_6.
Picior: V.U.$_{60, 62}$; V.B.$_{42}$; $F_{2, 3}$.

În general, se vor avea în vedere, datorită efectului antalgic şi decontracturant, punctele: I.G.$_3$; T.F.$_{3, 5}$; V.B.$_{38, 41}$; S_{36} (punct calmant general, tonifiant, antalgic, în afecţiunile membrelor); V_{62}.

Menţionăm că efectul are caracter eclectic regional, în sensul situării topografice a punctelor respective, primele trei avînd acţiune asupra capului, gîtului, membrelor superioare, iar ultimele patru asupra jumătăţii inferioare a corpului, cu excepţia punctului S_{36} care, aşa cum am menţionat, îşi extinde activitatea asupra întregului organism.

9.6. ASOCIERI DE PUNCTE

În afara punctelor citate anterior şi a celor ce vor fi menţionate în afecţiunile pe organe, sînt de avut în vedere şi de utilizat cîteva formule cu care se obţin rezultate în unele tulburări funcţionale de aparat sau organ, sau în zone topografice delimitate. Redăm după Wu-Wei-Ping pe cele mai utilizate: I.G.$_4$, R_7 în tulburări ale glandelor sudoripare, transpiraţii. I.G.$_{4, 11}$ în toracalgii, cefalalgii. În caz că sînt însoţite de cervicalgii, se vor adăuga T.M.$_{16}$ şi V.B.$_{20}$; dacă tulburările sînt datorite unei viroze respiratorii, coriză, se utilizează şi T.M.$_{23}$ împreună cu I.G.$_{19, 20}$.

Pentru tulburările de auz se punctureazăşi V.B.$_2$, T.F.$_{17}$.

În laringotraheită se adaugă S_6, P_{10}.

Odontalgiile beneficiază prin adăugarea punctelor S_7, I.G.$_1$.

Efect sedativ asupra sistemului nervos: I.G.$_4$ şi F_3.

Acţiune asupra tulburărilor abdomenului inferior (digestive, urinare, genitale): J.M.$_6$ şi S_{25}.

Tonifierea aparatului digestiv (anorexie, meteorism, gură amară, diaree): I.G.$_4$ şi S_{36}, ca şi pentru constipaţie.

Sindroame astenice după diverse boli, suprasolicitare: V.S.$_6$; S.P.$_6$.

Astenie, cervicalgii, dorsalgii: V.U.$_{10}$ şi $_{11}$.

Acţiune echilibrantă în tulburările aparatului genital, tulburări de dinamică sexuală: J.M.$_{6, 4, 3}$.

Efect echilibrant, tonifiant, asupra sistemului nervos în astenii: T.M.$_{19}$, S_{36}, V.B.$_{34}$.

Dereglări neuropsihice cu anxietate, teamă, insomnii: V.B.$_{34}$; F_2; S.P.$_2$.

Surmenaj intelectual cu astenie, anxietate, depresiune psihică: I_3 şi $_7$.

9.7. PUNCTE CU ACŢIUNE SPECIFICĂ

În afara punctelor menţionate pentru organele sau afecţiunile respective, recomandăm cîteva puncte cu acţiune favorabilă asupra tulburărilor constante şi care vor fi utilizate alături de cele prescrise pentru entitatea nosologică ce necesită a fi tratată în cadrul organului afectat.

Afecţiuni circulatorii (cardiace) V_{17}; V.S.$_7$; (arteriale) V.S.$_9$; P_9; (venoase) V.B.$_{38}$; T.M.$_{13}$; S_4; anemie: V_{38}; S_{36}.

Afecţiuni respiratorii: V.U.$_{12}$; J.M.$_{17}$.

Afecţiuni digestive: S_{30}.

Afecţiuni osoase: V.U.$_{11}$.

Afecţiuni musculare — mialgii: V.B.$_{34}$.

Afecţiuni cutanate: V.U.$_{54}$.

Afecţiuni ale feţei, urechilor: I.G.$_4$.

Afecţiuni nervoase: S_{36}; I_3; J.M.$_{4, 6}$.

Pentru dureri în doimea superioară a corpului: V.S.$_5$; F_8; I.G.$_4$, iar pentru doimea inferioară: V.U.$_6$.

Bune rezultate se obţin de asemenea înţepînd punctele dureroase sau, dacă durerea este difuză, încercuind zona dureroasă cu ace plasate la un interval de 2—4 cm. În oricare din metodele utilizate se recomandă lăsarea pe loc a acelor un timp mai îndelungat, variind între 20 de minute şi cîteva ore.

De asemenea, efectul este sporit dacă se încălzesc acele cu ajutorul unui galvanocauter (Benichou). Contracţiile musculare dureroase beneficiază de ace plasate în apropierea zonei de inserţie a muşchiului contractat.

În funcţie de zonă se utilizează punctele antalgice:

Dureri ale membrelor: I.G.$_{11}$; F_8.

Dureri generalizate: S_{36}; V.B.$_{38, 40}$; V.U.$_{60}$.

Dureri însoţite de contracturi: se adaugă F_2.

9.8. AFECŢIUNI CIRCULATORII

Beneficiază:

— Tulburările de ritm cardiac. În ceea ce priveşte tulburările organice (endocardită, miocardită, insuficienţă cardiacă) sînt de

așteptat numai ameliorări eventuale de ordin subiectiv; rezultate similare pot fi obținute și în cardiopatia ischemică, unde algiile precordiale, palpitațiile, anxietatea pot fi net amendate.

— Tulburările vasculare: arteriale (hiper- sau hipotensiunea, arteritele, spasmele arteriale), venoase (flebitele, durerile și edemele, ulcerele varicoase).

— Anemiile.

9.9. TULBURĂRI CARDIACE

Endocardite: V.U.$_{13, 16}$; V.S.$_{6}$; J.M.$_{11, 12}$; I$_{7, 9}$; I.G.$_{4}$; S$_{36}$.

Tulburări de ritm:

a) Manifestate subiectiv prin palpitații și anxietate: V.U.$_{10, 11, 12}$; V.B.$_{20}$; S$_{36}$; T.M.$_{19}$; J.M.$_{12}$; I$_{3, 7}$; V.S.$_{6}$.

b) Tahicardii paroxistice: R$_{25}$; V.U.$_{38}$; R$_{19}$; I$_{3, 7}$; S$_{36}$.

— Algii precordiale: J.M.$_{6, 15}$; I.G.$_{4}$; V.B.$_{20}$; T.M.$_{16}$; V.U.$_{11, 12, 15, 39}$; S$_{36}$; V.U.$_{60}$; S.P.$_{2, 3, 4}$.

— Algii cu caracter anginos: S$_{36}$; V.S.$_{6, 7}$; I$_{9}$; R$_{2, 3}$; S.P.$_{4}$.

Se va preveni totdeauna bolnavul că dispariția durerilor nu trebuie interpretată drept vindecare a afecțiunii, ci numai ameliorarea acesteia.

— Insuficiență cardiacă: I$_{7}$; V.U.$_{16, 17}$.

9.10. TULBURĂRI ALE CIRCULAȚIEI ARTERIALE

— Hipertensiunea arterială: I$_{7}$; R$_{6}$; S$_{9}$; S.P.$_{4}$; V.S.$_{6}$.

— Hipotensiunea arterială: R$_{7}$; S$_{36}$; J.M.$_{23}$.

— Spasme arteriale, sindrom de ischemie periferică: F$_{2, 3}$; V.S.$_{6}$; V.U.$_{21}$.

Arterioscleroză: V.S.$_{6, 9}$; P$_{9}$; V.B.$_{34}$; S$_{36}$; T.M.$_{19}$.

9.11. TULBURĂRI ALE CIRCULAȚIEI VENOASE

— Varice: T.M.$_{4}$; V.B.$_{38}$; V.S.$_{6}$; V.U.$_{31}$; S.P.$_{5}$ (ameliorează rapid durerile).

— Hemoroizi: V.S.$_{6}$; V.U.$_{21, 31, 54}$.

— Flebite: T.M.$_{4, 12}$; V.B.$_{21}$.

9.12. ANEMII

Rezultate deosebite se înregistrează utilizînd cuplul S$_{36}$; V.U.$_{38}$. Mai pot fi utilizate: V.S.$_{20}$; J.M.$_{12}$; V.U.$_{16}$.

9.13. AFECȚIUNI RESPIRATORII

— Laringe (laringite, tulburări de fonație): P$_{5, 7}$; I.G.$_{4, 10, 11}$; V.B.$_{20}$; T.F.$_{18}$; V.U.$_{10}$; T.M.$_{14}$.

— Trahee: J.M.$_{22}$; V.U.$_{10}$; V.B.$_{20}$; I.G.$_{4}$.

— Bronhii:

Bronșită acută: V.U.$_{10, 11, 12, 13, 14, 38}$; I.G.$_{4, 11}$; P$_{5}$; J.M.$_{20}$.

Bronșită cronică: P$_{7, 9}$; V.U.$_{12, 13}$.

Astm bronșic: P$_{7}$; V.U.$_{13, 14, 15, 17}$; I.G.$_{4}$; V.B.$_{20}$; J.M.$_{17}$; R$_{26, 27}$.

Criza de astm bronșic beneficiază de punctele: V.U.$_{10, 12}$; P$_{5}$; J.M.$_{21}$; R$_{27}$.

Plămîn — Emfizem: P$_{7}$; V.U.$_{12, 13, 38}$; J.M.$_{6, 17}$; T.F.$_{6}$; I$_{3}$.

— Congestii pulmonare, pneumonii, bronhopneumonii: P$_{2, 7}$; R$_{6, 26, 27}$; V.U.$_{13, 14}$; J.M.$_{17}$; S$_{15}$.

— Pleură: V.U.$_{12, 13, 14}$; F$_{3, 13}$; T.F.$_{6}$.

9.14. AFECȚIUNI DIGESTIVE

Gură, dinți

— Odontalgie: I.G.$_{1, 4}$; S$_{6, 7, 44}$; V.B.$_{20}$; T.F.$_{5}$; V.U.$_{60}$.

— Stomatite: I.G.$_{1, 4, 10, 11}$; S$_{36}$; J.M.$_{24}$; V.B.$_{20}$.

— Gură amară: V.B.$_{38}$; S$_{36}$.

— Faringe (faringoamigdalite) I.G.$_{3, 4, 11}$; S$_{3}$; V.B.$_{17, 20}$; S$_{6}$; V.U.$_{10}$; J.M.$_{21}$.

Esofag: — Spasme ale esofagului: P$_{7, 8}$; V.U.$_{17, 20}$; S$_{16}$; V.B.$_{20}$; I.G.$_{4, 11}$.

Stomac: — Pirozis: V.B.$_{20, 24}$; J.M.$_{21}$; I.G.$_{4, 11}$.

— Gastrite, gastralgii: J.M.$_{12, 21}$; V.U.$_{20, 21, 22}$; S$_{36, 45}$; V.B.$_{38}$; F$_{3}$.

— Hipoclorhidrie: S$_{42}$; V.U.$_{18, 19}$.

— Hiperclorhidrie: V.U.$_{21}$; V.B.$_{38}$; F$_{3}$; S$_{36, 45}$; J.M.$_{12, 21}$.

— Ulcer gastric: V.U.$_{19, 20, 23}$; F$_{13}$; S$_{36}$; J.M.$_{12}$.

— Dispepsie nervoasă: V.U.$_{10, 20, 21}$; V.B.$_{20}$; S$_{36, 45}$; F$_{2}$; J.M.$_{12}$.

— Grețuri: S$_{23}$; V.B.$_{38}$; J.M.$_{12}$.

— Vărsături: V.B.$_{41}$; T.F.$_{5}$; V.S.$_{6}$; F$_{3}$; I.G.$_{4}$; S$_{36}$; J.M.$_{12}$.

Intestin

— Dureri abdominale periombilicale J.M.$_{6,\ 10}$; S$_{25,\ 36}$; V.S.$_{6}$; S.P.$_{9}$; V.U.$_{23}$.
— Dureri subombilicale: J.M.$_{4}$, S$_{29}$, F$_{2}$, S.P.$_{4,\ 6}$.
— Balonări abdominale, colici: J.M.$_{17}$, S$_{22}$; S.P.$_{9}$; V.U.$_{23}$.
— Enterocolite: S$_{25,\ 26,\ 36}$; F$_{2,\ 3}$; J.M.$_{4,\ 6}$.
— Diaree: V.U.$_{23,\ 27}$; I.G.$_{2,\ 3,\ 4}$; J.M.$_{4,\ 6,\ 12}$; F$_{3}$; S$_{36}$.
— Diaree cu colici: F$_{2,\ 3}$; S.P.$_{9}$
— Constipaţie: V.U.$_{25}$; S$_{25,\ 26,\ 36}$; F$_{8}$; J.M.$_{12}$.
spastică: I.G.$_{3}$; F$_{2,\ 3}$; S.P.$_{9}$; S$_{30}$.
atonă: S$_{30}$; V.B.$_{34}$; S$_{36}$.

Ficat, veziculă biliară:

— Ficat mărit, sensibil: V.U.$_{18,\ 19,\ 21}$; F$_{2,\ 3,\ 13}$; V.B.$_{34}$.
— Icter: V.U.$_{13,\ 18,\ 23}$; I.G.$_{4}$; S$_{36}$; J.M.$_{14}$; V.B.$_{34}$.
— Hepatite cronice: V.U.$_{18,\ 23,\ 42}$; F$_{3,\ 8,\ 13}$; J.M.$_{17}$; S$_{36,\ 45}$.
— Ciroză atrofică: F$_{8}$.
— Ascită: R$_{3,\ 7}$; V$_{54}$; F$_{8}$; I.G.$_{4}$; S$_{36}$; S.P.$_{9}$; V.S.$_{6}$.
— Colecistită, colici hepato-biliare: V.B.$_{25,\ 34,\ 38}$; S.P.$_{4,\ 9}$; V.U.$_{14,\ 19,\ 25}$; V.S.$_{6}$; F$_{2,\ 3}$; S$_{25,\ 36}$.
— Pancreas: insuficienţă pancreatică exocrină: V.U.$_{18,\ 20,\ 25}$; J.M.$_{4}$; S$_{36}$.

9.15. AFECŢIUNI URINARE

Rinichi:

afecţiuni ale rinichiului în general: V.U.$_{23}$.
— Glomerulonefrite: V.U.$_{28,\ 54}$; V.S.$_{7}$; S.P.$_{6}$.
— Colică nefretică: R$_{1,\ 2}$; V.B.$_{25}$; F$_{2,\ 3}$; S.P.$_{9}$; V.U.$_{23,\ 40}$; S$_{30,\ 36}$.
— Litiază renală: V.U.$_{23,\ 27,\ 60}$; R$_{2,\ 3}$; S$_{36}$; S.P.$_{9}$.
— Pielonefrită: V.U.$_{21,\ 23}$; J.M.$_{4,\ 12}$; R$_{1,\ 2}$.

Vezică urinară:

— Cistite: V.U.$_{23,\ 25,\ 28,\ 31,\ 54}$; S$_{30,\ 36}$; R$_{2}$; J.M.$_{4,\ 6}$.
— Atonie vezicală: V.U.$_{28,\ 67}$; J.M.$_{4,\ 6}$; S$_{36}$.
— Incontinenţă urinară: V.U.$_{28}$; R$_{2,\ 7}$; F$_{2,\ 3}$; S.P.$_{9}$; J.M.$_{3,\ 6}$.
— Uretrită: F$_{3}$; S.P.$_{9}$; R$_{4}$.

Sexualitate:

— Dureri peniene: V.U.$_{27}$; S$_{30}$; S.P.$_{6}$.
— Orhite: R$_{7}$; V.U.$_{31,\ 32,\ 33}$; S.P.$_{6}$; S$_{30,\ 36}$.
— Prostatită: R$_{7}$; T.M.$_{1}$; J.M.$_{3,\ 4}$; S.P.$_{9}$.
— Impotenţă: J.M.$_{2,\ 6}$; S$_{25,\ 36}$; V.B.$_{34}$; S.P.$_{6}$; T.M.$_{4}$.
— Spermatoree: S.P.$_{6}$; J.M.$_{3,\ 4}$; S$_{36}$; V.B.$_{20}$; V.U.$_{31,\ 32}$.

9.16. AFECŢIUNI GINECOLOGICE-OBSTETRICALE

Tulburări menstruale:

— Ale periodicităţii: J.M.$_{3,\ 4}$; S$_{30,\ 36}$; S.P.$_{6}$; R$_{3}$; V.U.$_{23,\ 26}$; I.G.$_{4}$.
— Hipomenoree, amenoree: S.P.$_{6}$; S$_{36}$; T.M.$_{1,\ 4}$; J.M.$_{2,\ 3,\ 4}$; V.U.$_{20,\ 21}$; F$_{2}$.
— Hipermenoree, metroragii: S.P.$_{6}$; J.M.$_{4,\ 6}$; S$_{10,\ 12,\ 30}$; V.U.$_{54}$; T.M.$_{4}$.

Vaginite: F$_{2}$; J.M.$_{2,\ 3}$; S.P.$_{6}$; V.U.$_{33}$; T.M.$_{2,\ 4}$; R$_{2}$; V.U.$_{60}$.
Prurit-vulvar: S.P.$_{2}$; F$_{2}$; V.U.$_{31,\ 32,\ 33}$; J.M.$_{2,\ 3}$; S$_{30,\ 31}$.
Metrită: J.M.$_{2,\ 4,\ 6}$; S.P.$_{6,\ 7}$; S$_{30}$; V.U.$_{30,\ 31,\ 32}$.
Leucoree: S.P.$_{6}$; J.M.$_{6}$; V.U.$_{20}$; S$_{30}$.
Anexite: J.M.$_{4,\ 6}$; S.P.$_{6,\ 7}$; V.U.$_{29}$.
Sarcină patologică:

— disgravidie emetizantă: S$_{36}$; V.S.$_{6,\ 7}$; V.U.$_{19,\ 21}$
— disgravidie hipotensivă: J.M.$_{21}$.
— disgravidie edematoasă: V.U.$_{20,\ 23}$; S$_{36}$; S.P.$_{6}$.

În timpul naşterii:

— hipotonie uterină: S.P.$_{6}$; V.U.$_{60,\ 67}$; I.G.$_{4}$; S$_{30,\ 36}$.
— hipotonie cu hipokinezie uterină: V.U.$_{22,\ 23,\ 60,\ 67}$; S$_{30,\ 36}$; S.P.$_{4}$.
— diskinezie uterină cu instabilitate de tonus: S$_{30,\ 36}$; V.U.$_{60,\ 67}$.

După naştere:

— hipotonie uterină: J.M.$_{3,\ 4}$; T.M.$_{19}$; S.P.$_{6}$; R$_{6}$.
— infecţie puerperală: V.U.$_{25,\ 26,\ 30,\ 31}$; S.P.$_{6}$; J.M.$_{4}$.
— metroragii: T.F.$_{6}$; S.P.$_{6}$; J.M.$_{6,\ 4}$; V.B.$_{21}$.
— agalactie, hipogalactie: I.G.$_{1}$; J.M.$_{17}$; S$_{17,\ 18}$.
— leucoree postpartum: J.M.$_{4}$.

9.17. AFECŢIUNI ALE ORGANELOR DE SIMŢ

Ochi:

— tulburări ale acuităţii vizuale (prin modificări circulatorii retiniene) şi tulburări de acomodare: F$_{2,\ 3}$; I.G.$_{4}$; V.B.$_{20}$; V.U.$_{2}$; T.F.$_{21}$.
— conjunctivite: V.U.$_{1,\ 2,\ 10}$; V.B.$_{1,\ 20}$; I.G.$_{4}$; S$_{36}$.
— cataractă (rezultate favorabile, oprind evoluţia acesteia): I.G.$_{4,\ 11}$; V.B.$_{1,\ 20}$; V.U.$_{8,\ 10}$; T.M.$_{19}$; T.F.$_{5}$.
— glaucom: S$_{2,\ 3}$; I.G.$_{1}$; V.U.$_{7,\ 10}$; V.B.$_{20}$.
— hemeralopie: V.U.$_{1,\ 2}$; V.B.$_{1}$; T.F.$_{23}$.

Nas:

— epistaxis: V.U.$_{3,\ 6,\ 10,\ 60}$; I.G.$_{4,\ 11,\ 20}$; T.M.$_{25}$; V.B.$_{20}$.
— rinită: I.G.$_{4,\ 19,\ 20}$; T.M.$_{16,\ 22}$; V.B.$_{20}$.

— rinită alergică: $R_{26,\ 27}$; $V.U._{12,\ 13}$; $I.G._4$.
— ozena: $I.G._{4,\ 11,\ 19,\ 20}$; $V.B._{20}$.
— anosmie: $I.G._{4,\ 19,\ 20}$; $T.M._{16,\ 19}$; $I.S._3$.
— sinuzită: $V.U._2$; $I.G._{4,\ 11,\ 20}$; P_7.
— frontală: $V.U._{2,\ 3}$; S_2.
— maxilară: $S_{2,\ 6}$; $I.G._{19,\ 20}$; $T.F._{22}$.
Urechi:
—catar ototubar: $I.G._{4,\ 11,\ 20}$; $V.B._{20}$; $T.F._{23}$; $V.B._{17}$.
— otite: $I.G._{4,\ 6,\ 11}$; $T.F._{3,\ 17,\ 23}$; $V.B._{17}$; S_6.
— otalgii: $I.G._{4,\ 11}$; $T.F._{5,\ 17,\ 23}$; $V.B._{17}$.

9.18. AFECȚIUNI DERMATOLOGICE

Prezintă avantajul că se poate interveni direct asupra zonei interesate de către procesul patologic. Citățm cazul leziunilor scuamoase, verucilor, unde acupunctura practicată în centrul și la periferia leziunii, la interval de 2—3 zile, dă rezultate favorabile. În ulcerele atone, în special pe fond varicos, se aplică ace în centură la distanță de 10—15 mm unul de altul, în pielea sănătoasă din jurul zonei ulcerate. Interval între ședințe: 2—3 zile.

Am obținut de asemenea rezultate bune și foarte bune în boala Dupuytren, plasînd ace în lungul liniilor de aderență tendinocutanată; ședințele se repetă în ritm de 2 pe săptămînă, cu durata de aplicare a acelor de 10—20 de minute.

Tulburări de sudorație:
— transpirații abundente: $I.G._{4,\ 11}$; R_7.
— transpirații nocturne: $V.U._{15}$; $J.M._6$.
— abcese, furuncule: $V.U._{54}$; $I.G._{4,\ 11}$; $V.B._{21}$; S_{36}.
— eczemă: $I.G._{4,\ 11}$; $V.S._7$; $V.U._{54,\ 60}$; S_{36}; $V.B._{38}$.
— prurit generalizat, prurit senil: $T.F._5$; $V.B._{41}$; $V.U._{54}$; $J.M._6$; $I.G._{4,\ 11}$.
— urticarie: $I.G._{4,\ 11}$; $V.U._{12,\ 13,\ 54}$; $V.B._{43}$.

Paralel cu tratamentul indicat se va interveni după caz și asupra:
— dereglărilor neurovegetative, utilizînd $V.B._{20}$; $T.M._{19}$; $V.U._{11}$.
— tulburărilor digestive: cu S_{36}; $V.B._{38}$; $F_{2,\ 8}$; $I.G._{4,\ 11}$.
— fondului alergic: $V.U._{12,\ 13}$; F_8.

9.19. AFECȚIUNI ENDOCRINE

Tiroidă:
— hipertiroidie: $J.M._{15,\ 23}$; $V.U._{15}$; J_{17}; F_2.
— hipotiroidie: $T.F._3$; R_7; $I.G._4$; S_9; $T.M._{13,\ 19}$.

Paratiroide:
— hiperparatiroidie: $V.U._{11,\ 58}$; $V.B._{30}$; S_{36}.
— hipoparatiroidie: F_2; $V.S._6$; $J.M._{15}$.
Suprarenale:
— hipersuprarenalism: $V.S._7$; $S.P._6$.
— hiposuprarenalism: R_7; $J.M._{6,\ 10}$; $T.M._{16}$.
Ovare:
— hiperfoliculinism: R_2; $S.P._6$; F_3; $J.M._4$.
— hipofoliculinism: $V.U._{67}$; R_7.
Testicul
— hiperfuncțiune: S_{30}; $J.M._3$; $V.U._{60}$.
— hipofuncțiune: R_1; $T.M._{3,\ 4,\ 5}$.
Pancreas:
— diabet zaharat, insulinoindependent (cu rezerve funcționale pancreatice): R_5; $V.U._{20}$; $S.P._{3,\ 6}$; S_{36}.

9.20. AFECȚIUNI ALE SISTEMULUI NERVOS

Tulburări psihice minore:
— emotivitate: $T.M._{19}$; S_{36}; $I_{3,\ 7}$; $S.P._6$; $I.G._4$; $V.S._6$.
— agitație: $S_{36,\ 40}$; $V.B._{34}$; F_3; $I.G._{11}$.
— insomnie: I_7; $S.P._{6,\ 9}$; $V.S._6$; $S_{45,\ 36}$; $J.M._{15}$; R_6; $V.U._{62}$.
— anxietate: $S.P._2$; $T.M._{23}$; S_{36}; F_3; I_3; $V.B._{34}$.
— vertije: S_{36}; $I_{3,\ 7}$; $V.U._{2,\ 4,\ 60}$; $V.S._7$; F_8.
— inascibilitate S_{36}; $J.M._{15}$; $V.B._{34}$; $S.P._{2,\ 7}$; F_2; $I.G._{11}$.
— astenie: $S_{36,\ 40}$; $V.U._{38}$; $J.M._6$; $T.M._{19}$; $V.B._{40}$.
Tulburări de memorie, amnezii: $I_{3,\ 9}$; $V.S._6$; S_{36}; $T.M._{19}$.
Algii:
— cefalalgii: $T.M._{16,\ 19}$; $V.B._{20}$; $V.U._{10}$; $I.G._4$; S_{36}.
— migrenă: $V.B._{4,\ 5,\ 43}$; $V.U._2$; $I.G._{4,\ 10,\ 11}$; $J.M._{4,\ 12}$; S_{36}; $T.F._{23}$.
— Nevralgii faciale:
frontale: $V.U._{2,\ 3,\ 4}$; $I.G._{4,\ 11}$; $T.F._{17}$; $V.B._1$.
temporale: $V.B._{1,\ 4,\ 6,\ 7}$.
maxilarul superior: $S_{2,\ 4,\ 6}$; $V.B._1$.
maxilarul inferior: $S_{3,\ 6,\ 7,\ 8}$; $V.B._{17}$; $I.G._4$.
— algii occipitale: $T.M._{16,\ 19}$; $V.U._{8,\ 10}$; $V.B._{20}$; P_7; $T.F._1$; $I.G._{10}$.
— nevralgii cervicobrahiale: $V.U._{10,\ 11}$; $I.G._{11,\ 15}$; $V.B._{20}$.
— algiile umărului, omoplatului: $I.G._{11,\ 14,\ 15,\ 16}$; $T.F._{14}$; $I.S._{10,\ 11,\ 12,\ 13}$.
— Algiile membrului superior:
nevralgie radială: $I.G._{4,\ 10,\ 11,\ 14,\ 15}$.
nevralgie mediană: $V.S._{2,\ 4,\ 6,\ 7}$; P_4.
nevralgie cubitală: $I_{2,\ 3,\ 6,\ 7}$.

— Toracalgii: I.G.$_{11}$; V.U.$_{11, 12, 13, 15, 17, 38}$; R$_{23, 24}$; S.P.$_{17, 18, 21}$; S$_{15}$.
— Lombalgii: V.U.$_{21, 22, 25, 54, 60}$; T.M.$_{2, 3, 4}$.

În plus, se caută să se aplice ace pe punctele dureroase, sau, în cazul unei suprafeţe mai întinse se face încercuirea cu ace plasate la 2—5 cm distanţă între ele.

— Algiile membrului inferior:
nevralgie crurală: V.U.$_{24, 25, 26}$; V.B.$_{30}$; F$_9$; S.P.$_{8, 9, 10}$.
algia feţei externe a coapsei: V.U.$_{23, 24, 25, 60}$; V.B.$_{30, 34}$; S$_{31, 32, 34}$.
nevralgia sciatică: V.U.$_{23, 24, 25, 50, 54, 60}$; V.B.$_{30, 34}$; S$_{36}$.

Tulburări motorii (pareze, paralizii, contracturi). Se înregistrează rezultate bune în spasme, contracturi, crampe, tulburări de coordonare motorie, tremurături (în special cele pe fond emotiv). Rezultate slabe sau fără rezultat se constată în boala Parkinson, leuconevraxită, paralizii. Rezultate posibile în pareze (atone sau spastice).

În toate cazurile se cere un tratament susţinut îndelungat, în serii de şedinţe repetate. Punctele de utilizat în mod electiv se repartizează pe meridianele:

— Vezică urinară: acţiune metamerică; algii, artralgii; tulburări de sensibilitate şi motilitate, ale jumătăţii inferioare a corpului.

— Ficat: spasme, contracturi.

— Trei focare, intestin gros, intestin subţire, plămîn, în tulburările motorii ale membrului superior.

— Veziculă biliară, stomac, pentru tulburările motorii ale membrului inferior.

9.20.1. PARALIZII, PAREZE

— Faciale: S$_{2, 3, 6, 7}$; T.F.$_{17, 21, 22, 23}$; V.B.$_{1, 2, 3}$; I.G.$_{4, 11, 20}$.
— Membrul superior: în toate cazurile se utilizează punctele: T.F.$_5$; I.G.$_{4, 10, 11, 15}$; I$_3$.
După localizarea predominantă se adaugă:
— umăr, braţ: I.S.$_{9, 10}$; T.F.$_{10, 14, 15}$.
— antebraţ: I.S.$_{4, 7}$; P$_7$.
— pumn, mînă: I$_{2, 3}$; V.S.$_4$; I.S.$_{4, 6, 7, 14, 15}$.
— abductorii braţului: I.G.$_{14, 15, 17}$; I.S.$_{14, 16}$; P.S.$_{14}$.
— muşchiul pectoral: I.S.$_{14, 15}$; R$_{24, 25, 26}$.
— membrul inferior:
în toate cazurile: V.B.$_{30, 34, 43}$; S$_{36}$; R$_7$.

După localizarea predominantă se adaugă:
— coapsă, muşchii anteriori: V.U.$_{22, 23, 24}$; F$_{7, 8}$; S.P.$_{10}$; S$_{32, 33}$.
— coapsă, muşchii posteriori: V.U.$_{50, 51, 54, 55}$.
— gambă, picior: V.B.$_{37}$; S$_{40}$; V.U.$_{60, 62, 63}$.
Contracturi, crampe: în toate cazurile se utilizează S$_{36}$; F$_{2, 3}$; V.B.$_{40}$; V.U.$_{60, 62}$.
Se adaugă:
— membrul superior: I.G.$_{10, 11, 15}$.
mînă, deget: I.G.$_{2, 3, 10}$; I.S.$_{3, 4}$.
— membrul inferior: V.B.$_{30, 34, 38}$; S.P.$_6$; V.U.$_{50, 54}$.

9.21. AFECŢIUNI REUMATICE

Dureri articulare:
în general T.F.$_5$; V.B.$_{30, 34, 41}$; V.U.$_{54, 60}$.
În toate afecţiunile osoase: V.U.$_{11}$.
În toate afecţiunile musculare: V.B.$_{34}$.
Spondilartroză, rahialgii:
— cervicale: V.U.$_{10}$; V.B.$_{20}$; T.F.$_{15}$.
— dorsale: V.U.$_{13, 17, 36, 41, 60}$.
— lombosacrate: V.U.$_{24, 25, 26, 27, 31, 54, 60, 62}$.
Artroze, artralgii:
— umăr: I.G.$_{11, 14, 15, 16}$; I.S.$_{10, 12, 14}$; T.F.$_{10, 15}$.
— cot: I.G.$_{4, 10, 11}$; P$_{6, 9}$; T.F.$_{5, 10}$; I$_3$.
— pumn: I.G.$_{4, 5}$; I.S.$_{4, 5}$; V.S.$_{6, 7}$.
— articulaţiile metacarpofalangiene: I.G.$_{2, 3, 4}$; I.S.$_{3, 4}$; T.F.$_3$.
— articulaţia sacroiliacă: V.U.$_{27, 28, 30, 31, 33, 47, 48}$.
— articulaţia coxofemurală: V.U.$_{27, 54, 60}$; V.B.$_{30}$; F$_8$; S$_{36}$.
— articulaţia genunchiului: V.U.$_{54, 60}$; S$_{34, 35, 36}$; V.B.$_{34}$; F$_8$; S.P.$_9$.
— articulaţia tibio-tarsiană: F$_{2, 3}$; V.B.$_{40, 41}$; V.U.$_{60, 62}$; R$_{3, 4}$.
— articulaţia metatarso-falangiană: V.U.$_{60, 62}$; R$_{2, 3}$; F$_{2, 3}$; S$_{43, 44}$.

10. ANESTEZIA PRIN ACUPUNCTURĂ

Extinderea acupuncturii dincolo de hotarele terapeuticii şi utilizarea ei ca mijloc de anestezie în chirurgie, de către medicina extrem-orientală, ne-a incitat la aplicarea ei în chirurgia ginecologică, în locul anesteziei obişnuite.

Sub anestezia efectuată de Cr. Dragomirescu, au fost practicate de către N. N. Gheorghiu şi colab. o serie de intervenţii chirurgicale abdomino-perineale.

S-a aplicat anestezia prin acupunctură la un număr de 12 cazuri, de vîrste diferite şi cu patologie şi indicaţie chirurgicală polimorfă.

În funcţie de vîrstă, bolnavele au fost grupate astfel:

28—40 de ani=7 cazuri;
40—70 de ani=5 cazuri.

Afecţiunile au fost următoarele:

— apendicită 1
— chist ovarian 3
— ruptură veche perineu descens uterin . . . 4
— fibrom uterin 2
— retropoziţie uterină, nevralgie pelvină . . . 1
— prolaps genital total recidivat 1

În primele 3 cazuri s-a administrat medicaţia sedativă preoperator (petidină, prometazină).

Socotind însă că prezenţa acesteia diminuează răspunsul sistemului nervos la acţiunea acelor pe punctele de elecţie utilizate, s-a renunţat la pregătirea preoperatorie medicamentoasă.

Ipoteza s-a dovedit întemeiată, întrucît efectul anestezic obţinut în exclusivitate prin acupunctură a fost superior.

S-a căutat să se aplice această metodă bolnavelor cu caracteristici de ordin fizic şi fiziologic între limite, care să asigure posibilitatea efectului urmărit.

Nu s-a utilizat metoda în urgenţe, în cardiopatii cu efecte circulatorii manifeste.

Hipertensiunea ca şi hipotensiunea arterială nu au constituit un motiv de contraindicaţie, una din bolnave prezentînd valori de 180/100 mmHg.

Punctele de utilizat au fost hotărîte în funcţie de constituţia bolnavei (amfotonie cu predominanţă simpatică sau parasimpatică, deci Yang-Inn), regiunea asupra căreia urma să se intervină, organul interesat şi afecţiunea prezentată.

S-a avut de asemenea în vedere reactivitatea de ordin psihoemotiv, hipo- sau hipertensiunea arterială, intervenind asupra punctelor necesare, în vederea restabilirii echilibrului funcţional.

În ziua precedentă intervenţiei chirurgicale s-a procedat la un examen general al bolnavei, efectuîndu-se reechilibrarea neurovegetativă, după caz, şi anume:

— Pentru hipersimpaticotonie (constituţia Yang) s-a tonificat Inn-ul cu unul din punctele Splină-Pancreas$_4$, Rinichi$_6$ sau Vase-Sex$_6$ şi s-a dispersat Yang-ul utilizînd punctul Jenn-Mo$_{12}$.

— Pentru hipervagotonie (constituţie Inn), s-a tonificat Yang-ul cu „trei focare$_5$+vezicula biliară$_{41}$" şi s-a dispersat Inn-ul cu Ficat$_{13}$.

— În caz de hiperemotivitate s-a adăugat punctul Tou-Mo 16—19.

În dimineaţa intervenţiei chirurgicale, s-a revăzut bolnava la pat şi după caz s-a refăcut punctura sedativă. În 2 din cazuri s-au obţinut rezultate bune, utilizîndu-se punctele Inimă 3—7.

În angoasă, fenomen frecvent întîlnit preoperator, s-a utilizat punctul Splină-Pancreas$_2$. În unele cazuri s-a preferat „Moxa" în locul acupuncturii simple.

În sala de operaţii, actul anestezic s-a început cu 20—30 de minute înaintea intervenţiei, aplicîndu-se acele după cum urmează:

— la extremităţile inciziei cutanate
în funcţie de organul şi afecţiunea respectivă:

apendicectomie:	Stomac$_{25, 36}$ Intestin gros$_4$ Jenn-Mo$_6$.
histerectomie:	Stomac$_{25}$ Ficat$_9$ Splină-Pancreas$_{6—10}$ Vezică urinară$_{32}$ Jenn-Mo$_{2, 4}$.

tumoare ovariană: $Stomac_{25}$
$Splină\text{-}Pancreas_{9-10}$
$Ficat_{9}$.

colpoperineorafie: $Splină\text{-}Pancreas_{6-10}$
$Vezică\ urinară_{32}$
$Jenn\text{-}Mo_{2,3}$
$Stomac_{30}$.

În alegerea și utilizarea punctelor, atitudinea a fost dictată de relațiile punct-organ, cît și de acțiunea punct-funcțiune (sedativ, decontracturant, hipo- sau hipertensiv).

Nu toate punctele menționate au fost utilizate la fiecare bolnavă, ci au fost selectate și întrebuințate cele indicate, în funcție de constituție, reactivitate, afecțiune, cît și zona anatomică asupra căreia s-a intervenit.

Pe acele introduse s-a trecut curent electric de înaltă frecvență cu foarte slabă intensitate, timp de 20—30 de minute. Pe unele din puncte, la trecerea curentului, s-au observat mișcări ritmice ale acului, datorită contracțiilor musculaturii subiacente.

S-a verificat prin ciupire, înțepătură, instalarea anesteziei locale, apoi s-a trecut la actul operator, după scoaterea acelor de la extremitățile liniei de incizie.

În tot timpul intervenției, anestezistul acupunctor a acționat prin mișcări de rotație imprimate acelor între police și index, în funcție de țesutul și organul pe care s-a intervenit.

După caz, pentru decontracturarea peretelui abdominal, detenta viscerală, corectări ale hipo- sau hipertensiunii arteriale înregistrată intraoperator, au fost utilizate puncte ca: $F_{2,3}$, $S.P._{9}$, $S._{36}$, $I_{3,7}$.

Autorii exemplifică cele expuse, cu unul din cazurile operate:

Bolnava M. E., 34 de ani. F. O. nr. 2 988, operația nr. 220/6. IV. 1972.
Diagnostic preoperator: retropoziție uterină, nevralgie pelvină.
Diagnostic postoperator: retropoziție uterină (cu multiple aderențe), salpingită nodulară dreaptă, ovarită chistică bilaterală.
Operația: salpingectomie parțială, ovariectomie parțială dreaptă, rezecție parțială ovar stîng, ligamentopexie Dudley.
Este vorba de o bolnavă cu tulburări nevrotice manifestate prin anxietate, irascibilitate, somn agitat. Tratată cu medicație sedativă, dar fără rezultate vizibile, capătă alergie medicamentoasă, motiv care de altfel pune sub semnul întrebării utilizarea anesteziei obișnuite.
Examinată în ziua precedentă operației, se constată:
Anxietate, teamă față de actul operator.
Cord cu ritm variabil 68—84/minut; T. A. 110/70 mmHg, puls Yang.
S-au aplicat, la pat, ace pe punctele:

$Vase\text{-}Sex_{6}$, Veziculă biliară$_{20}$, $Tou\text{-}Mo_{19}$, $Tou\text{-}Mo_{16}$, $Splină\text{-}Pancreas_{2}$.
Acele astfel plasate s-au lăsat pe loc 10 minute.
În ziua intervenției chirurgicale s-a efectuat un nou examen la pat: cord ritmic 72/minut, T.A. 120/70 mmHg.
În sala de operație acele pentru anestezie s-au aplicat în punctele: $Jenn\text{-}Mo_{2,6,12}$, $Stomac_{25}$, $Ficat_{9}$, $Splină\text{-}Pancreas_{6,10}$.
După 20 de minute s-au scos acele aplicate în punctele $Jenn\text{-}Mo_{2,6,12}$ și $Stomac_{25}$, trecîndu-se la actul operator, timp în care acele rămase pe loc au fost rotite între index și police în permanență.
În timpul actului operator s-a constatat o scădere a tensiunii arteriale, motiv pentru care s-a intervenit în punctul $Rinichi_{7}$.
Tensiunea arterială s-a restabilit la valori normale.
Pentru obținerea relaxării viscerale, s-au aplicat ace pe punctul $Ficat_{2}$.
Protocolul operator a fost următorul:
Laparatomie mediană subombilicală de 12 cm.
La incizia tegumentelor, bolnava acuză ușoară senzație de arsură.
La secționarea aponevrozei, ușoară jenă la limita superioară a secțiunii. Senzație ușor dureroasă la disocierea planului muscular. Secționarea peritoneului nedureroasă.
În momentul prinderii uterului, bolnava acuză senzație de arsură.
Uterul de volum normal în retropoziție, aderent cu ansele intestinale.
Se desfac aderențele, se constată: salpinga dreaptă îngroșată, nodulară în 2/3 externe, ovarul drept 4/5 cm cu o corticală dură, cu mici formațiuni chistice.
Salpingectomie parțială dreaptă și ovariectomie parțială dreaptă.
Ovarul stîng 3/2 cm, cu cîteva chisturi hematice.
Rezecție parțială a ovarului stîng.
Salpinga stîngă de aspect normal.
Ligamentopexie Dudley cu 2 fire. Închiderea peretelui abdominal în straturi anatomice, surget catgut la tegumente. Semnalăm ușoară senzație dureroasă la sutura aponevrozei și tegumentelor, dar foarte suportabilă.
După intervenția chirurgicală, bolnava este ajutată să coboare de pe masa de operație, este bine dispusă și merge singură la pat.
Evoluția postoperatorie foarte bună, bolnava nu a prezentat dureri în primele ore după intervenție și nici tulburări ca: meteorism abdominal, cefalee, grețuri, tulburări de tranzit intestinal.

Din cele 12 intervenții chirurgicale, 2 au fost efectuate pe cale vaginală, 3 pe cale dublă abdominală și vaginală, una pe cale abdominală, pentru fibroadenom mamar, iar 6 numai pe cale abdominală.

Rezultatele anesteziei prin acupunctură au fost grupate astfel:

— excelente: 7 cazuri, fără nici o medicație preoperatorie sau intraoperatorie. S-a remarcat o anestezie viscerală completă, nici una din bolnave neacuzînd durere la manevrele efectuate pe viscere;

— mulțumitoare: 3 cazuri, care au necesitat anestezie generală la sfîrșitul intervenției, deci nu s-a putut obține o anestezie de durată;

— slabă: 2 cazuri. De menţionat că la aceste cazuri, incizia tegumentelor, aponevrozei şi a muşchilor a fost complet indoloră, pentru ca la deschiderea peritoneului, prin relaxare insuficientă, să se producă exteriorizarea anselor intestinale cu senzaţie dureroasă. Actul operator s-a continuat după intubaţie orotraheală.

În ceea ce priveşte evoluţia postoperatorie, se menţionează că durerea nu a apărut după terminarea intervenţiei, ca în cazul anesteziilor medicamentoase, iar fenomene ca: meteorism abdominal, pareză intestinală, vărsături, cefalee, au lipsit cu desăvîrşire.

Cele 7 intervenţii chirurgicale efectuate cu anestezie exclusiv prin acupunctură şi suportate perfect de paciente, au dus la concluzia că, prin cunoaşterea aprofundată a metodei, printr-o tehnică corectă de aplicare a acelor, precum şi prin cunoaşterea şi utilizarea judicioasă a punctelor de elecţie, anestezia prin acupunctură se poate efectua cu succes în toate cazurile.

Poate că merită semnalată şi economicitatea metodei anestezice prin acupunctură.

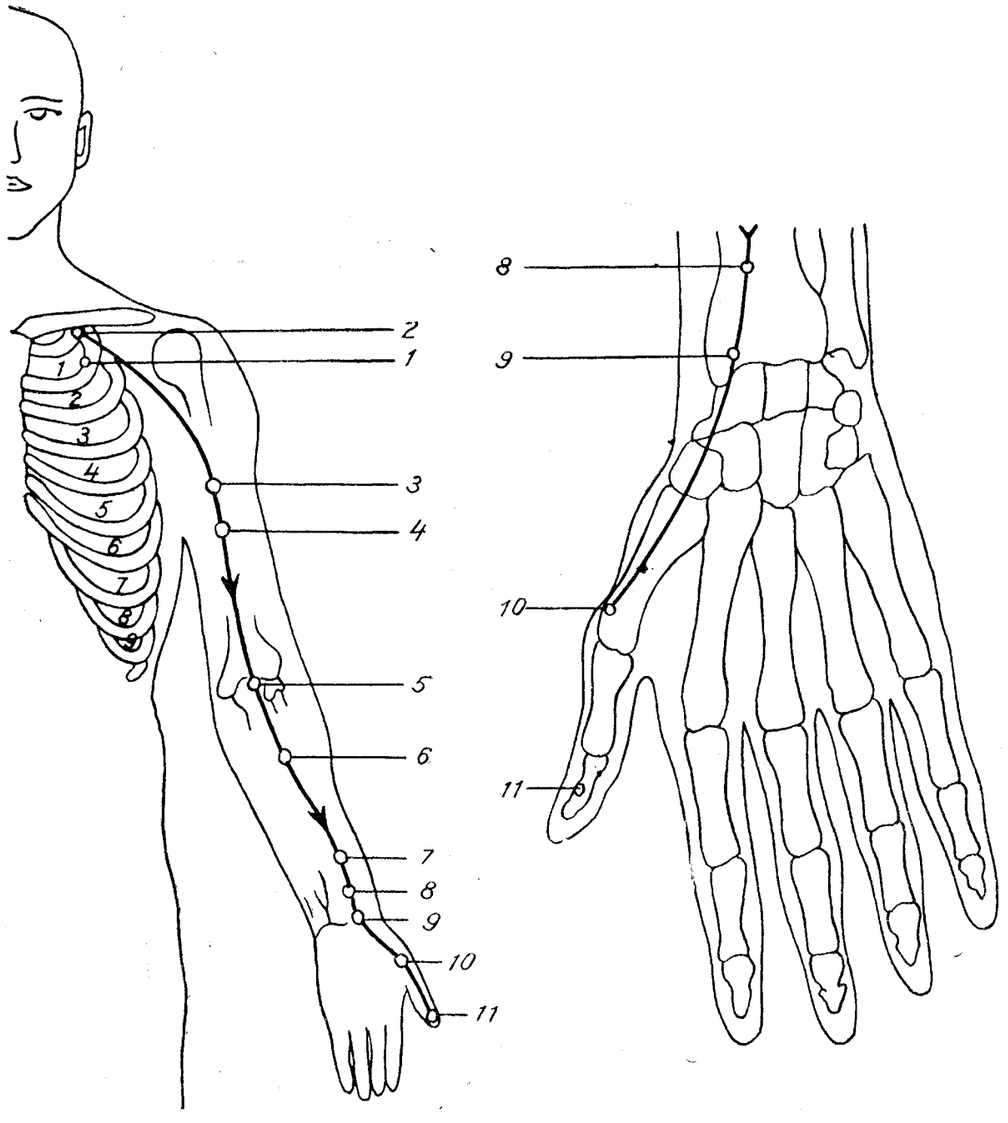
Dacă un caz de anestezie prin acupunctură este total necostisitor, costul medicamentelor utilizate în anestezia obişnuită este apreciabil.

Inocuitatea metodei, cît şi lipsa fenomenelor obişnuite de reacţie postanestezică, pe de o parte, iar pe de alta, faptul că de multe ori chirurgul se găseşte în faţa fenomenelor de intoleranţă medicamentoasă, îndreptăţeşte întrebuinţarea anesteziei prin acupunctură, ori de cîte ori situaţia o permite sau o cere.

XI. ATLAS*

* Localizarea punctelor menţionate în anexele planşelor precum şi numele acestora, au fost preluate după G. Soulié de Morant.

Numele punctelor din text au fost preluate după Nguyen Van Nghi; diferenţele sînt neesenţiale.



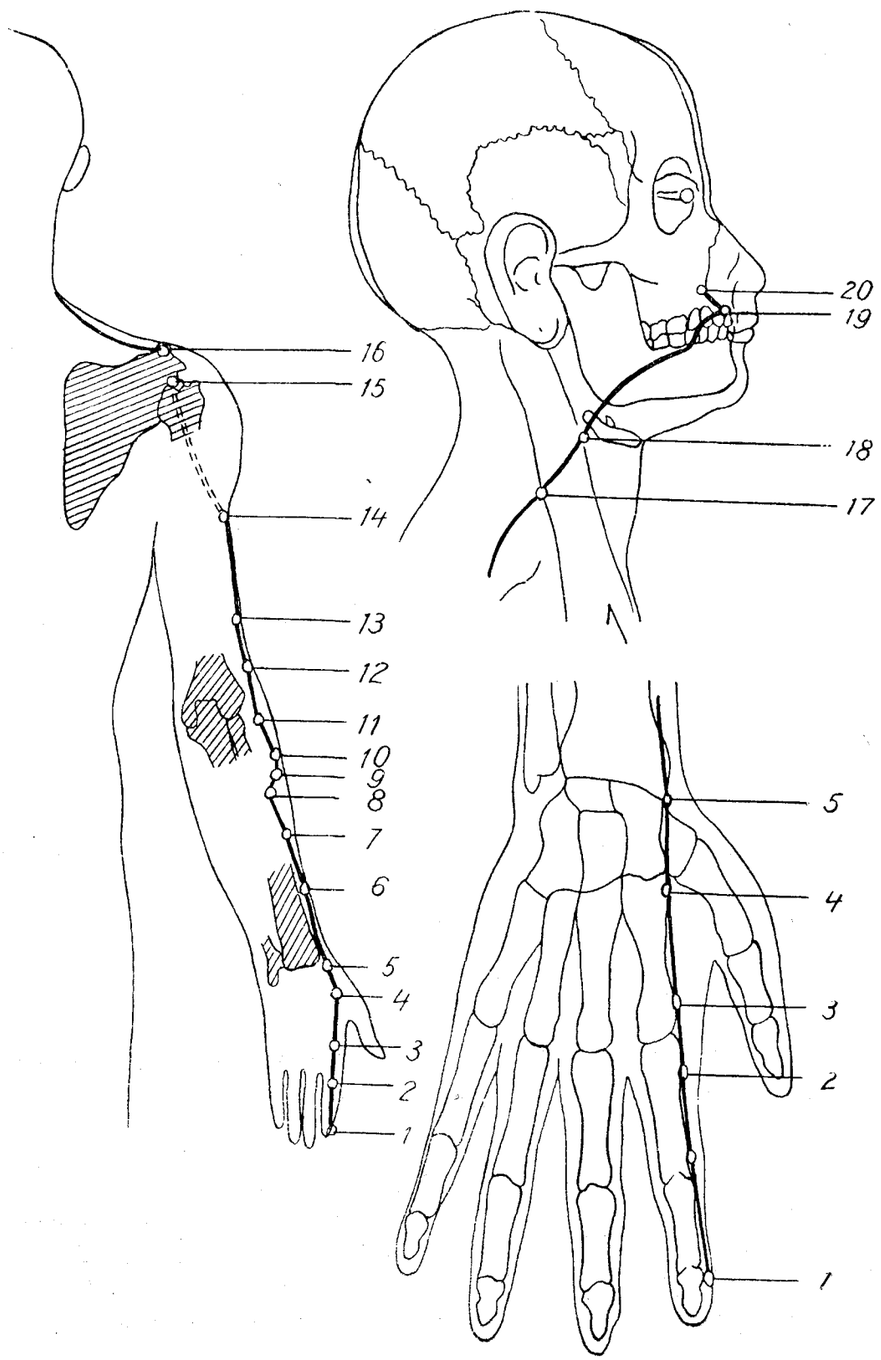
I. MERIDIANUL PLĂMÎN (P)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. TCHONG-FOU: marginea inferioară a coastei a II-a, 2 tr. d. înăuntrul pliului de flexie axilar anterior.
2. IUNN-MENN: marginea inferioară a claviculei, 2 tr. d. înăuntrul pliului axilar anterior.
3. TSIENN-FOU: biceps, semilungime, semilărgime, la 6 tr. d. deasupra pliului cotului.
4. SIE-PO: marginea internă a bicepsului, puțin deasupra nivelului punctului precedent.
5. TSCHRE-TSRE — (D): pe pliul cotului, marginea externă a tendonului bicepsului.
6. KRONG-TSOE: la 3 tr. d. sub pliul cotului, marginea internă a radiusului.
7. LIUE-TSIUE — (LO): în scobitura radială la 2 tr. d. deasupra pliului plămînului.
8. TSING-TSIU: în scobitura radială, 1 tr. d. deasupra pliului plămînului.
9. TAE-IUANN — (T. și S.): în scobitura radială, pe pliul plămînului.
10. IU-TSI: la baza policelui, în fosa deasupra capului metacarpianului I.
11. CHAO-CHANG: la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal extern al policelui.

PLANȘA II



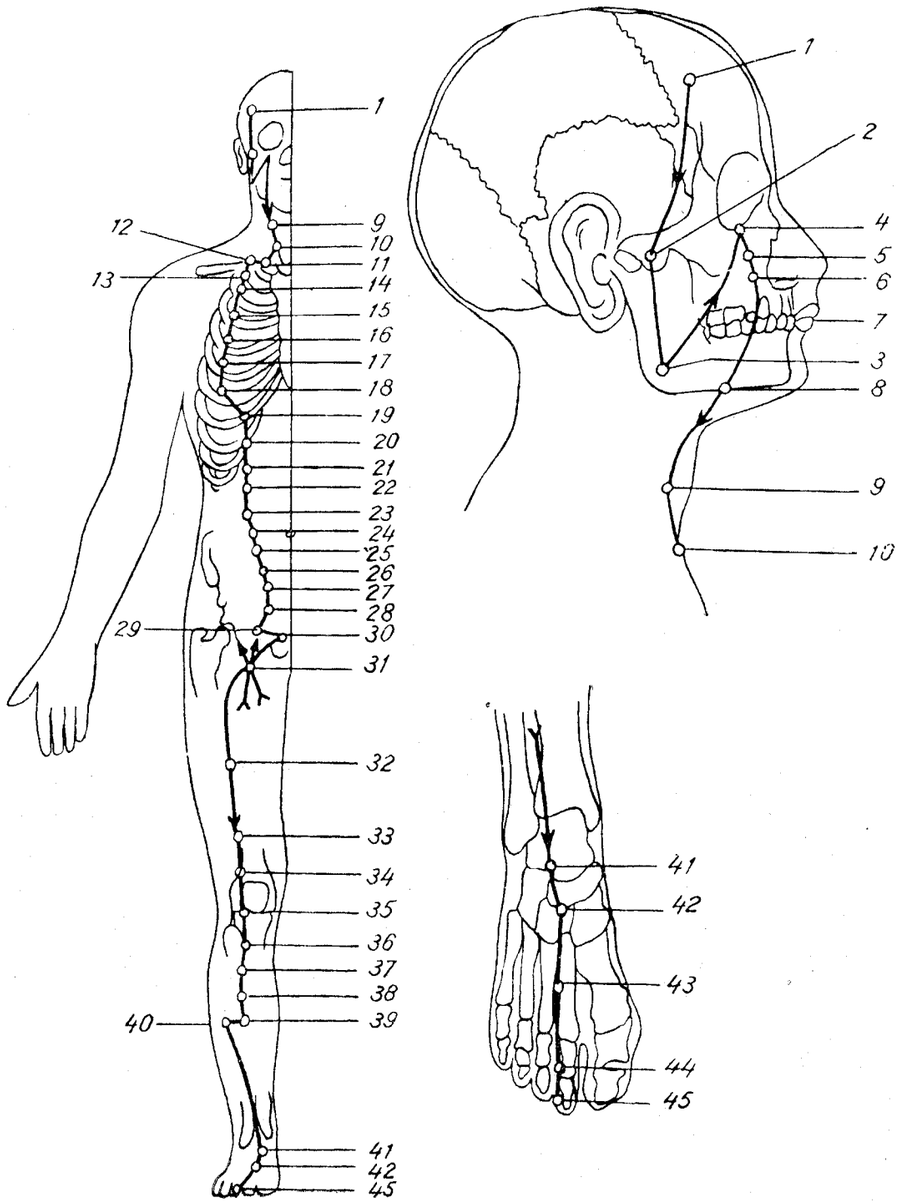
II. MERIDIANUL INTESTIN GROS (I.G.)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. CHANG-YANG: la 2 mm în urma și în afara unghiului unghial extern al indexului (partea policelui).
2. EL-TSIENN (D.): înaintea capului proximal al falangei indexului, marginea sa externă.
3. SANN-TSIENN: în afara capului distal al metacarpianului II, marginea sa externă.
4. RO-KOU (S): în unghiul de unire a metacarpienelor I—II, pe marginea externă a celui de-al doilea.
5. IANG-TSRI: la baza policelui, în tabachera anatomică, pe vîrful inferior al apofizei radiale.
6. PIENN-LI („Lo"): la limita dintre fața posterioară și externă a antebrațului 3 tr. d. de deasupra pliului de flexie a pumnului.
7. OENN-LEON: fața externă a antebrațului la jumătatea distanței între cele două extremități ale radiusului.
8. SIA-LIEN: la 1,5 tr. d. deasupra lui G. I. 7.
9. CHANG-LIENN: la 2,5 tr. d. deasupra lui G.I.7, 4 tr. d. sub extremitatea superioară a radiusului.
10. SANN-LI: la 3 tr. d. sub pliul cotului, extremitatea externă.
11. TSIOU-TCHRE (T): puțin în afară și înaintea extremității externe a pliului cotului.
12. TCHEO-TSIAO: la 2 tr. d. deasupra lui GI.11.
13. OU-LI: la 3 tr. d. deasupra lui GI.11 fața posteroexternă a brațului.
14. PI-NAO: la extremitatea inferioară a V-ului deltoidian (3 tr. d. sub colul chirurgical).
15. TSIENN-IU: la punctul de unire al acromionului, claviculei și humerusului, în vîrful fosei formate prin ridicarea brațului înainte.
16. TSIU-KOU: la partea internă a articulației acronio-claviculare.
17. TENIN-JONG: presterno-cleido-mastoidian, 3 tr. d. sub mastoidă, nivelul marginii superioare a cartilajului tiroid.
18. FOU-TROU: marginea anterioară a sterno-cleido-mastoidianului, nivelul marginii superioare a cartilajului tiroid.
19. RO-TSIAO: la 1,5 tr. d. în afara mijlocului șanțului nazo-genian.
20. ING-SIANG: pliul nazo-genian, înălțimea marginii inferioare a aripii nasului.

PLANȘA III

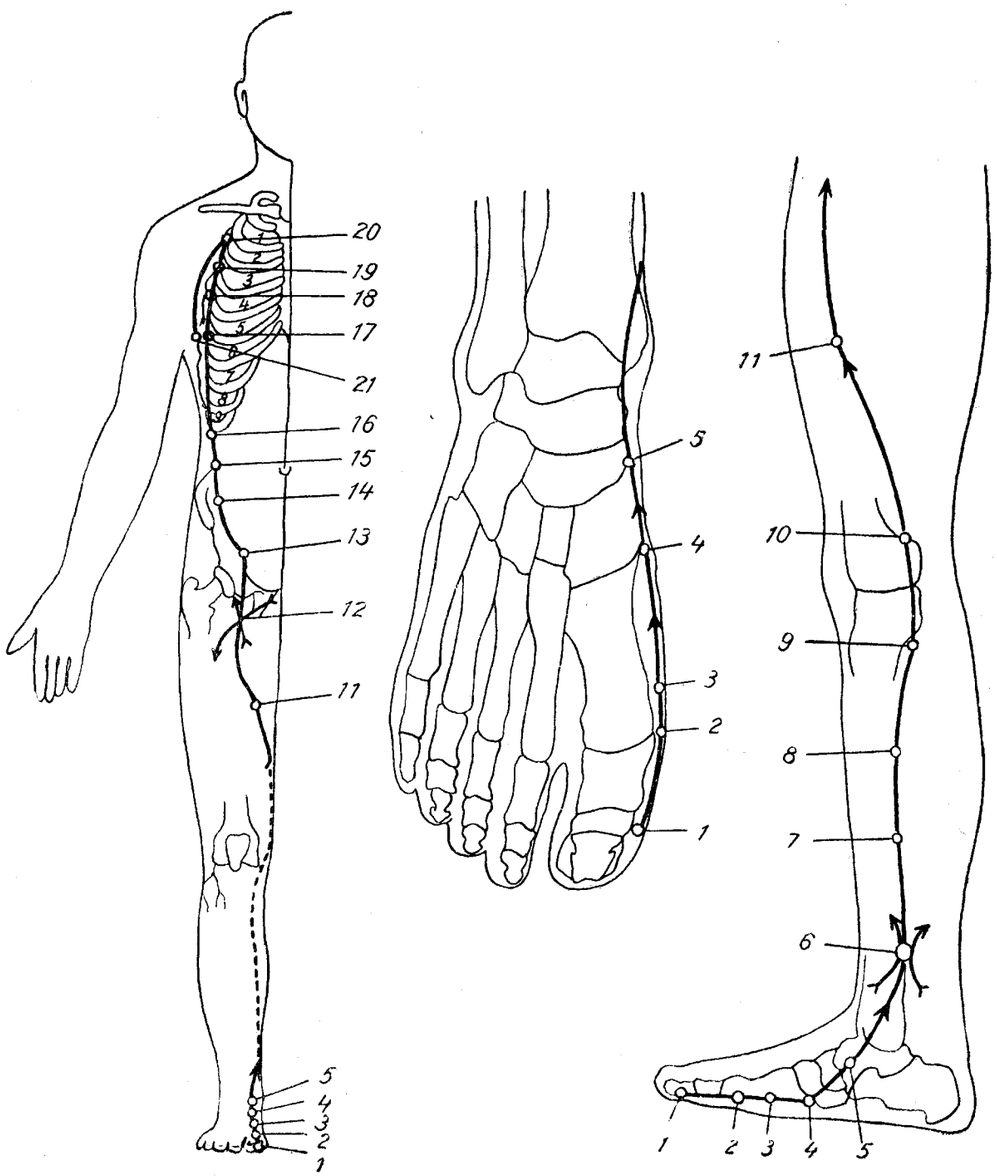


III. MERIDIANUL STOMAC (S)

(Traiectul extern)
(după G. Soulié de Morant)

1. TREOU-OE: la 2 tr. d. deasupra și în afara extremității externe a sprîncenei, într-o fosă, pe sutura fronto-parietală.
2. SIA-KOANN: marginea inferioară a arcadei zigomatice, puțin în urma marginii posterioare a maseterului.
3. TSIA-TCHRE: pe gonion la marginea posterioară a maseterului (în urma fosei formate deschizînd gura).
4. TCHRENG-TSRI: pe verticala pupilei, puțin sub marginea inferioară a orbitei.
5. SE-PAE: pe verticala pupilei, 0,5 tr. d. sub S.4.
6. TSEIU-SIAO: pe verticala pupilei, la înălțimea marginei inferioare a aripii nasului.
7. TI-TSRAND: la 1 tr. d. în afara comisurii buzelor. Lateral de el se simte bătînd artera facială.
8. TA-ING: pe marginea inferioară a mandibulei, la 2 tr. d. înaintea gonionului, într-o depresiune unde se simte bătînd artera facială (pe verticala extremității externe a sprîncenei).
9. JENN-ING: la unghiul supero-extern al cartilajului tiroid marginea anterioară a sterno-mastoidului, pe carotida externă. Pentru localizarea capului dat pe spate.
10. CHOE-TROU: la unghiul infero-extern al cartilajului tiroid, marginea anterioară a sterno-cleido-mastoidianului.
11. TSRI-TCHE: marginea superioară a claviculei, aproape de articulația sternală.
12. TSIUE-TRENN: marginea superioară a claviculei, 3 tr. d. lateral de extremitatea sa sternală.
13. TSRI-ROU: marginea inferioară a claviculei, 3 tr. d. lateral de extremitatea sa sternală, puțin înăuntrul verticalei mamelonului.
14. KROU-FANG: marginea superioară a coastei a II-a, puțin înăuntrul verticalei mamelonului.
15. OU-I: marginea inferioară a coastei a II-a, înăuntrul verticalei mamelonului.
16. ING-TCHROANG: în spațiul III intercostal, pe verticala mamelonului.
17. JOU-TCHONG: în mijlocul mamelonului.
18. JOU-KENN: marginea inferioară a coastei a V-a pe verticala mamelonului.
19. POU-JONG: în unghiul de unire a cartilajelor costale VI—VII (4 tr. d. sub mamelon).
20. TCHRENG-MANN: în mijlocul distanței dintre cartilajele costale VII-VIII (4 tr. d. sub mamelon, nivelul extremității inferioare a sternului).
21. LEANG-MENN: pe verticala mamelonului, marginea inferioară a coastei a VII-a.
22. KOANN-MENN: pe verticala mamelonului, marginea inferioară a coastei a VIII-a.
23. TRAE-I: marginea inferioară a cartilajului ce unește ultimele două coaste adevărate (IX—X).
24. ROA-JEOU: la 3 tr. d. sub rebordul costal, 4 tr. d. în afara liniei mediane, 1 tr. d. deasupra nivelului ombilicului.
25. TIENN-TCHROU: localizat pe abdomen, pe linia orizontală ce trece prin ombilic la 4 d. de acesta.
26. OAE-LING: la 1 tr. d. sub nivelul ombilicului; 4 tr. d. lateral de linia mediană. În punctul MAC BURNEY.
27. TA-TSIU: la jumătatea distanței ombilic-pube, 3—5 tr. d. lateral de linia mediană.
28. CHOE-TAO: la 3 tr. d. deasupra pubelui, 3 tr. d. lateral de linia mediană (marginea externă a marelui drept).
29. KOE-LAE: la 2 tr. d. deasupra pubelui, 3 tr. d. lateral de linia mediană.
30. TSRI-TCHONG: situat pe artera femurală, la ieșirea acesteia de sub arcada crurală.
31. PI-KOANN: în triunghiul lui Scarpa, la marginea anterioară a croitorului, 4 tr. d. sub pliul inghinal.
32. FOU-TROU: pe vastul extern, la jumătatea distanței pube-rotulă.
33. INN-CHE: la 4 tr. d. deasupra unghiului supero-extern al rotulei.
34. LEANG-TSIOU: la unghiul supero-extern al rotulei.
35. TOU-PI: pe marginea externă a rotulei, nivelul interliniei articulare a genunchiului.
36. SANN-LI: fața anterioară a gambei la 3 d. sub vîrful rotulei; într-o fosetă situată între mușchii anteriori ai gambei și mușchiul extensor comun al degetelor la nivelul emergenței arterei tibiale anterioare.
37. CHANG-LIENN: la 3 tr. d. sub S.36.
38. TIAO-KREOU: la 6 tr. d. sub S.36.
39. SIA-LIENN: la 8 tr. d. sub S. 36, tr. d. deasupra maleolei externe, marginea posterioară a gambierului anterior.
40. FONG-LONG („Lo"): la 5 tr. d. deasupra maleolei externe, pe marginea anterioară a peroneului, sub și înapoia lui S.39.
41. TSIE-TSRI (T): sub marginea inferioară a tibiei pe pliul de flexie al piciorului la jumătatea distanței dintre cele două maleole (internă și externă).
42. TCHRONG-IANG (S): la 1 tr. d. sub S.41, pe interlinia articulară scafoid-cuneiformă, între extensorul propriu și cel comun al degetelor.
43. SIENN-KOU: la unghiul de unire dintre metatarsienele II și III.
44. NEI-TING: pe marginea externă a extremității proximale a primei falange a degetului II.
45. LI-TOE: la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal extern al degetului II.

PLANȘA IV



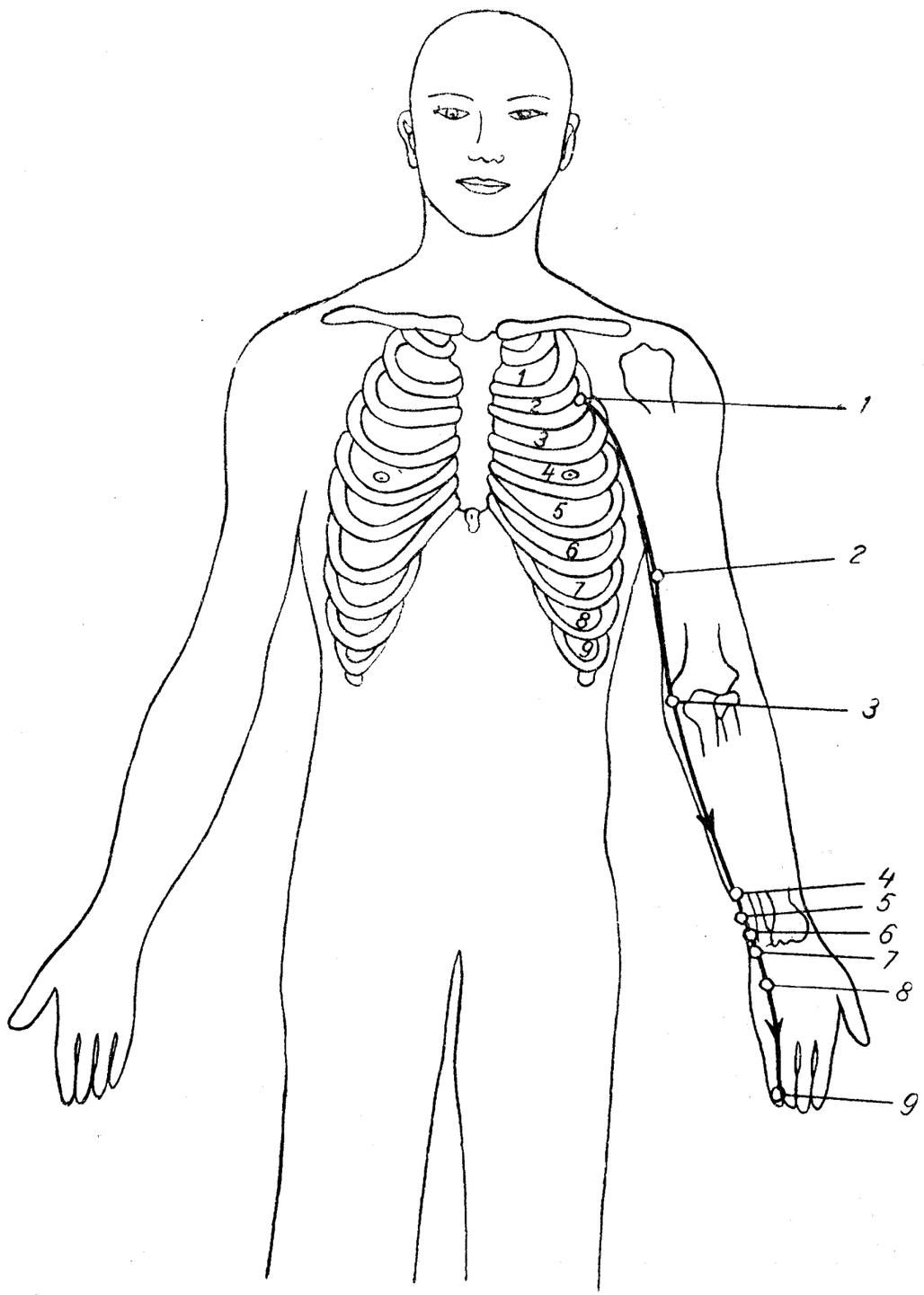
IV. MERIDIANUL SPLINĂ-PANCREAS (SP.)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Mourant)

1. INN-PO: la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal intern al halucelui.
2. TA-TOU (T): pe interlinia articulației metatarso-falangiene a halucelui, fața internă.
3. TRAE-PO (S): pe marginea internă a piciorului, în urma articulației metatarso-falangiene a halucelui, puțin sub ea.
4. KONG-SOUN („Lo"): la marginea internă a piciorului, puțin sub interlinia articulației metatarsianului cu cuneiformul I.
5. CHANG-TSIOU (D): pe gîtul piciorului, 1,5 tr. d. înaintea extremității inferioare a maleolei pe marginea internă a tendonului extensorului halucelui.
6. SANN-INN TSIAO: fața internă a gambei, marginea posterioară a tibiei, 4 tr. d. deasupra maleolei interne.
7. LEOU-KOU: marginea posterioară a tibiei, la jumătatea distanței: extremitatea inferioară a maleolei interne, interlinia tibio-femurală.
8. TI-TSI: marginea posterioară a tibiei, la unirea treimii superioare cu treimea medie a distanței: extremitatea inferioară a maleolei interne — interliniul tibio-femural.
9. INN-LING-TSIUANN: în unghiul dintre tuberozitatea internă a tibiei și marginea sa posterioară.
10. SIUE-RAE: pe fața internă a coapsei, marginea posterioară a croitorului, 1 tr. d. înaintea, 2 tr. d. deasupra unghiului posterosuperior al condilului intern al femurului.
11. TSI-MENN: pe croitor, 1 tr. d. deasupra unirii treimii inferioare cu treimea medie a distanței: pube-interliniu tibio-femural.
12. TCHRONG-MENN: pe mijlocul pliului inghinal.
13. FOU-CHE: la 1,5 tr. d. înăuntrul spinei iliace antero-superioare.
14. FOU-TSIE: la 2 tr. d. înăuntrul vîrfului crestei iliace.
15. TA-RONG: la intersecția orizontalei ombilicului cu verticala punctului cel mai inferior al coastei a X-a.
16. FOU-NAGAE: sub coasta a IX-a, puțin înaintea verticalei axilare anterioare.
17. CHE-TOU: marginea superioară a coastei a VI-a, 2 tr. d. în afara verticalei mamelonului.
18. TIENN-TSRI: marginea inferioară a coastei a V-a la semidistanța dintre mamelon și pliul axilar anterior.
19. SIONG-SIANG: marginea inferioară a coastei a IV-a la semidistanța între mamelon — pliul axilar anterior.
20. THEOU-IONG: marginea inferioară a coastei a III-a la semidistanța dintre mamelon și pliul axilar anterior.
21. TA-PAO: mijlocul feței laterale a toracelui, marginea interioară a coastei a VI-a.

PLANȘA V



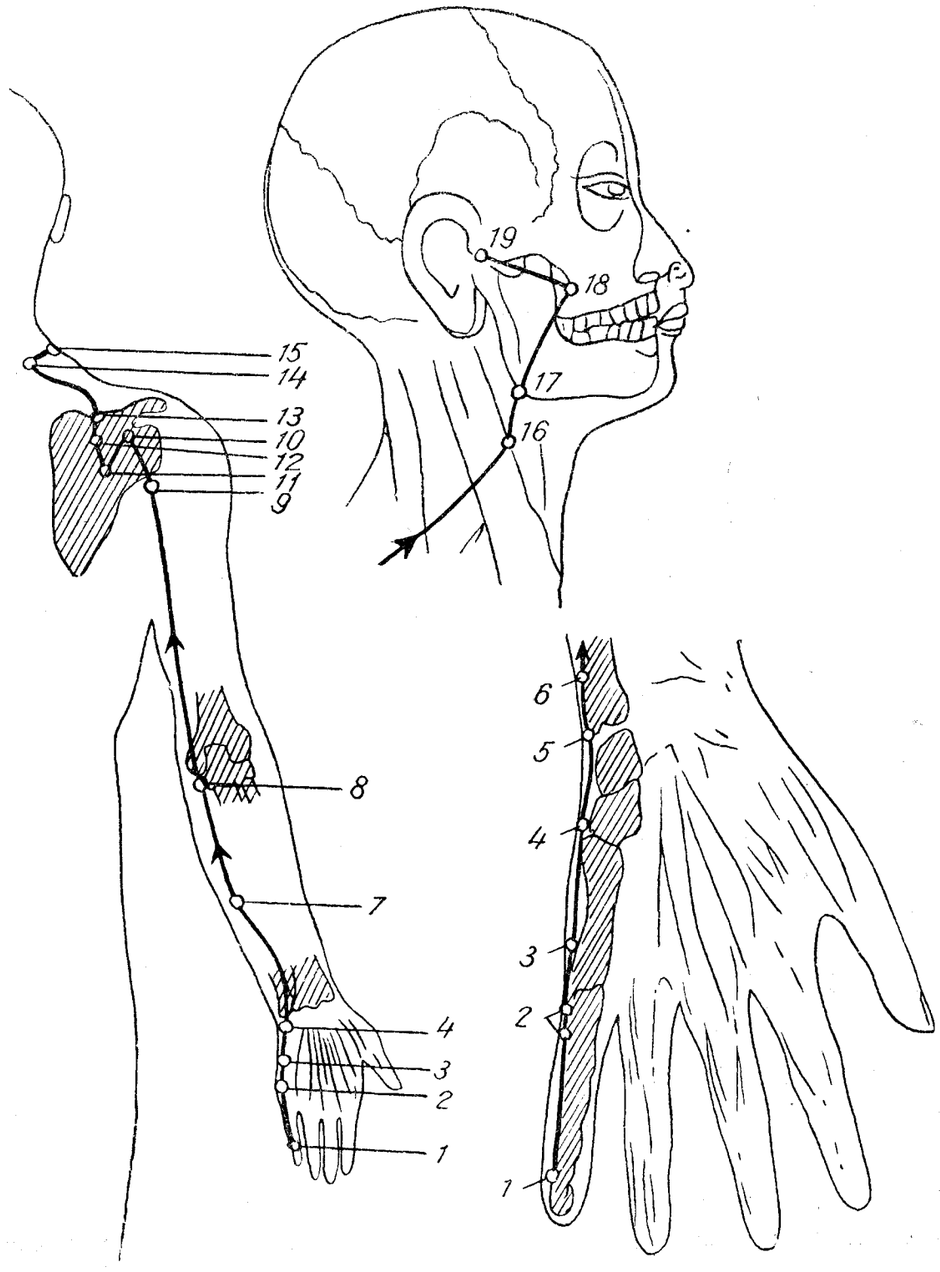
V. MERIDIANUL INIMĂ (I)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. TSI-TSIUANN: înaintea axilei, la marginea inferioară a marelui pectoral, în spațiul II intercostal.
2. TSRING-LING: marginea inferioară a bicepsului, la 3 tr. d. deasupra pliului intern de flexie a cotului.
3. CHAO-RAE: la extremitatea internă a pliului de flexie al cotului.
4. LING-TAO: la 2,5 tr. d. deasupra pliului de flexie al pumnului, pe artera cubitală.
5. TRONG-LI („Lo"): la 1,5 tr. d. deasupra pliului de flexie al pumnului, pe artera cubitală.
6. INN-TSRI: pe pliul de flexie al pumnului, pe artera cubitală, marginea inferioară a capului cubitusului.
7. CHENN-MENN (D și S): pe marginea infero-externă a pisiformului, pe artera cubitală, puțin sub pliul de flexie al pumnului.
8. GHAO-FOU: palmă la joncțiunea dintre metacarpienele IV—V, către metacarpianul V.
9. CHAO—TCHRONG (T): la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal extern al auricularului.

PLANȘA VI



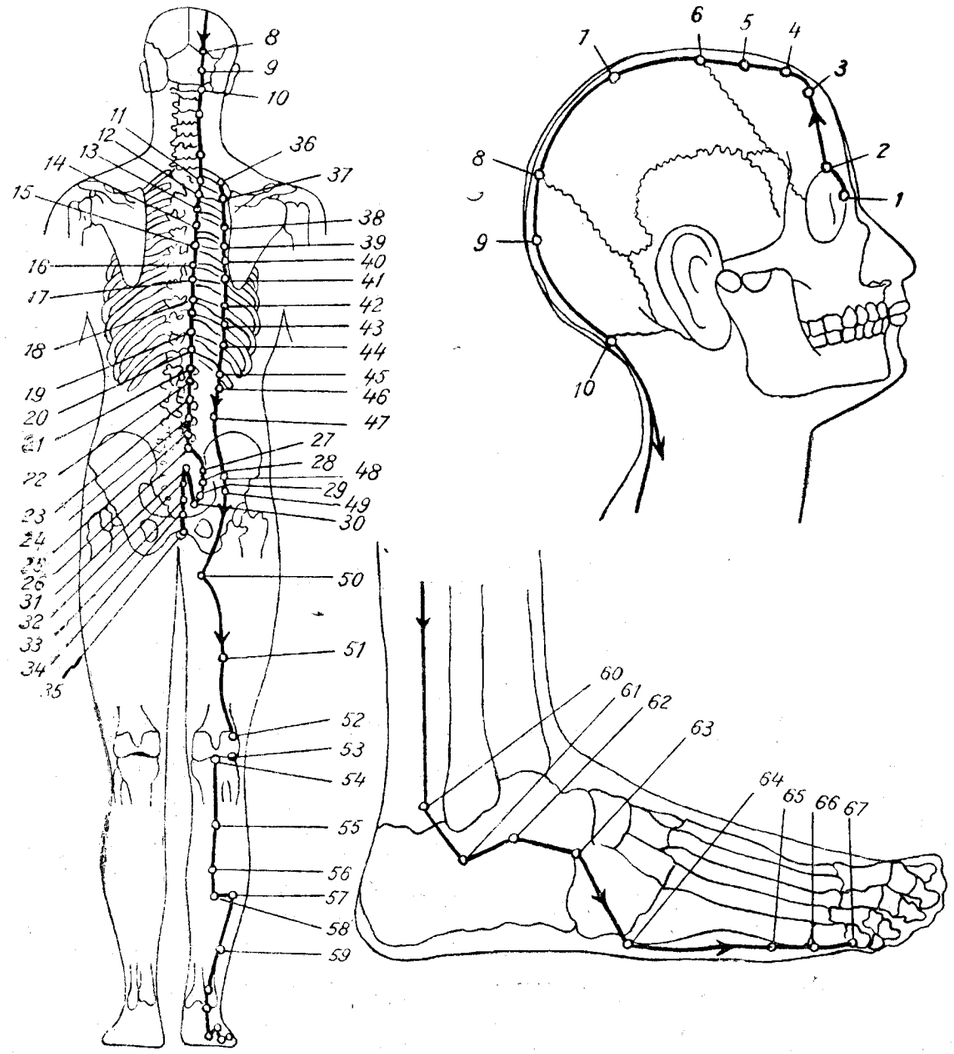
VI. MERIDIANUL INTESTIN SUBȚIRE (S)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. CHAO-TSRE: la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal intern (partea cubitală) a auricularului.
2. TSIENN-KOU: pe articulația metacarpo-falangiană a auricularului, marginea internă (cubitală).
3. REOU-TSRI (T): în spatele articulației metacarpofalangiene, în fosa ce se formează închizînd pumnul.
4. OANN-KOU (S): marginea cubitală a mîinii în depresiunea dintre metacarpianul V și osul cu cîrlig.
5. IANG-KOU: marginea cubitală a mîinii, pe pliul de flexie.
6. IANG-LAO: marginea cubitală a antebrațului, puțin deasupra stiloidei cubitale (1,5 tr. d. de pliul pumnului).
7. TCHE-TCHENG („Lo"): fața postero-internă a antebrațului la aproximativ jumătatea lungimii antebrațului.
8. SIAO-RAE (D): în scobitura nervului cubital, la nivelul vîrfului olecranului.
9. TSIENN-TCHENN: marginea inferioară a articulației scapulo-humerale, la 1,5 tr. d. deasupra pliului de flexie al axilei, marginea inferioară a deltoidului.
10. NAO-JOU: pe marginea superioară a articulației scapulo-humerale, la 1 tr. d. sub spina omoplatului, pe verticala acromionului.
11. TIEN-TSONG: în fosa subspinoasă, la marginea inferioară a deltoidului, pe verticala portiunii mai voluminoase a spinei omoplatului.
12. TCURENG-FONG: marginea inferioară a spinei omoplatului, nivelul unirii pătrimii interne cu cele trei pătrimi externe.
13. TSIOU-IUANN: marginea superioară a omoplatului, în scobitura coracoidiană.
14. TSIENN-OAE: pe marginea superioară a trapezului, nivelul apofizei spinoase C.7.
15. TSIENN-TCHONG: pe marginea superioară (anterioară) a trapezului, nivelul apofizei spinoase C.6.
16. TIENN-TCHONG: marginea posterioară a sterno-cleido-mastoidianului, 3 tr. d. sub mastoidă.
17. TIENN-JONG: marginea anterioară a sterno-cleido-mastoidianului, înălțimea unghiului mandibulei.
18. TSIUAT(T)-TSIAO: pe marginea inferioară a molarului, în fosa formată cu unirea mandibulei (ramura ascendentă).
19. TING-KONG: chiar înaintea tragusului, în fosa unde se simte bătînd temporala superficială.

PLANŞA VII



VII. MERIDIANUL VEZICĂ (V)

(Traiectul extern)
(după G. Soulié de Morant)

1. TSING-MING: puţin deasupra şi înăuntrul comisurii interne a pleoapelor.
2. TSROANN-TCHOU: la 1,5 tr. d. lateral de linia mediană pe arcada sprîncenoasă.
3. MEI-TCHRONG: la 4 tr. d. deasupra lui V_2.
4. TSIOU-TCHRAE: la 5 tr. d. deasupra lui V_2.
5. OU-TCHROU: la 6 tr. d. deasupra lui V_2.
6. TCHRENG-KOANG: la 2 tr. d. în urma suturii frontoparietale.
7. TRONG-TIENN: pe verticala conductului auditiv, la 1,5 tr. d. lateral de linia mediană.
8. LO-TSRI: pe sutura parieto-occipitală, 1,5 tr. d. lateral de linia mediană.
9. IU-TCHENN: la partea superioară a bazei occipitale, 1,5 tr. d. lateral de linia mediană.
10. TIENN-TCHAOU: suboccipital, 1,5 tr. d. lateral de linia mediană.

Punctele următoare se găsesc la 2 tr. d. lateral de linia mediană.

11. TA-TCHROU: nivelul apofizei transverse D_1.
12. FONG-MENN: sub nivelul apofizei spinoase D_2.
13. FEI-IU (P. AS al P): sub nivelul apofizei spinoase D_3.
14. TSIUE-INN-IU: (P.A. al V.S.): sub nivelul apofizei spinoase D_4.
15. SINN-IU: la 2 d. de linia mediană posterioară sub vertebra a V-a dorsală.
16. TOU-IU: sub nivelul apofizei spinoase D.6.
17. KO-IU: sub nivelul apofizei spinoase D.7.
18. KANN-IU: (P.A. al F)**: sub nivelul apofizei spinoase D.9.
19. TANN-IU: (P.A. al V.B.) sub nivelul apofizei spinoase D.10.
20. PI-IU: (P.A. al S.P.) sub nivelul apofizei spinoase D.11.
21. OE-IU: (P.A. al S) sub nivelul apofizei spinoase D.12.
22. SANN-TSIAO-IU: (P.A. al T.F.) sub nivelul apofizei spinoase L.1.
23. CHENN-IU (P.A. al R) sub nivelul apofizei spinoase L.2.
24. TSRI-RAE-IU: sub nivelul apofizei spinoase L.3.
25. TA-TCHRANG-IU (P.A. al G.I.) sub nivelul apofizei spinoase L.4.
26. KOANN-IUANN-IU: sub nivelul apofizei spinoase L.5.

Punctele următoare se găsesc la 3 tr. d. lateral de linia mediană.

27. STIAO-TCHRANG-IU: (P.A. al I.S.) pe articulaţia sacro-iliacă nivelul găurii sacrate a V-a.
28. PRANG-KOANG-IU: (P.A. la V) pe articulaţia sacroiliacă, la nivelul găurii sacrate a II-a.
29. TCHONG-LIU-IU: pe articulaţia sacro-iliacă la nivelul găurii sacrate a III-a.
30. PAE-KOANN-IU: puţin în afara sacrului, la nivelul găurii sacrate a IV-a.

Punctele următoare se află la 3,5 tr.d. lateral de linia mediană a corpului.

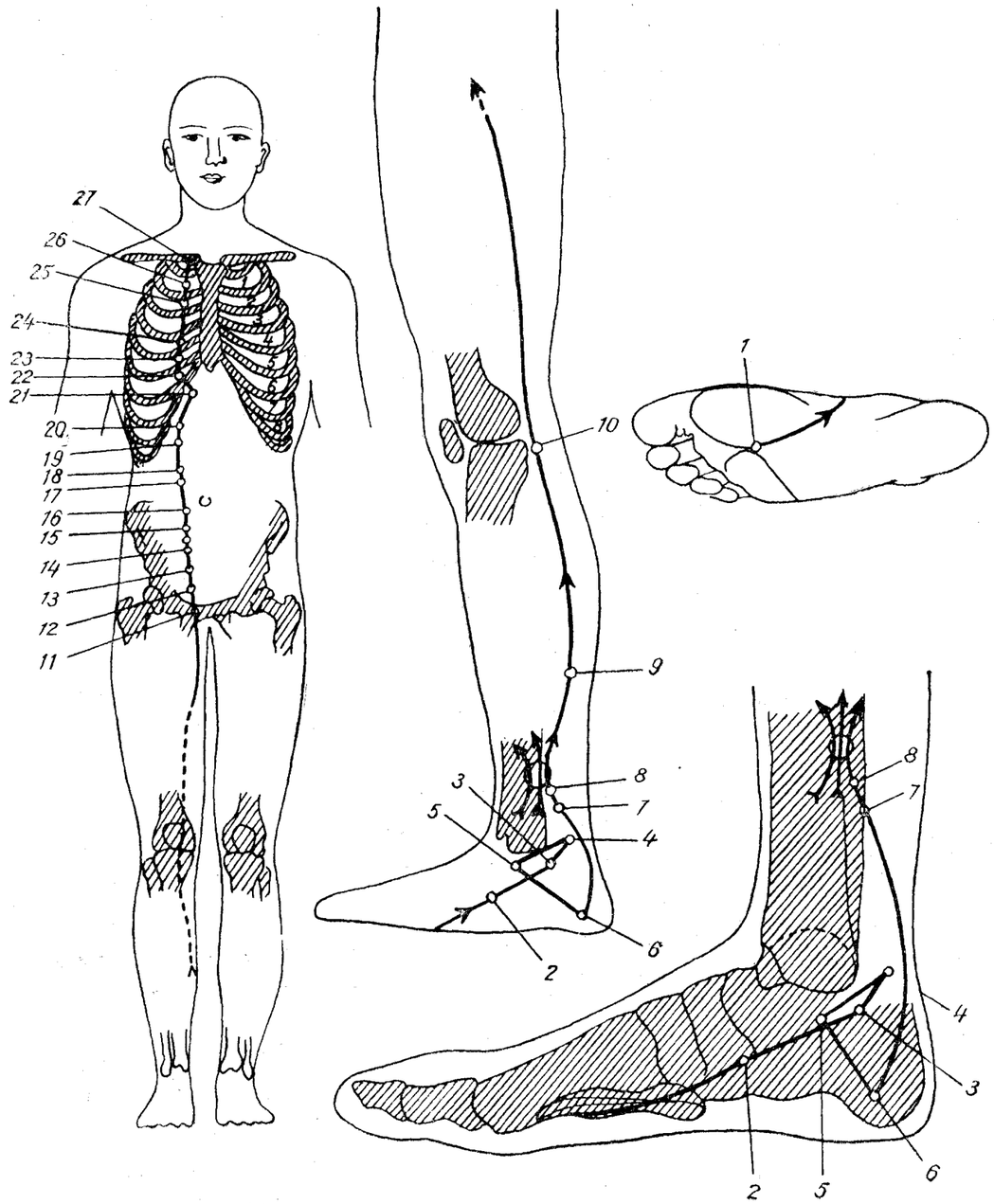
31. CHANG-TSIAO: pe prima gaură sacrată.
32. TSRAE-TSIAO: pe a II-a gaură sacrată.
33. TCHONG-TSIAO: pe a III-a gaură sacrată.
34. SIA-TSIAO: la 1 tr. d. în afara liniei mediane a corpului pe a IV-a gaură sacrată.
35. ROE-IANG: pe marginea externă a articulaţiei sacro-coccigiene.

Punctele următoare se află la 4 tr. d. lateral de linia mediană.

36. FOU-FENN: la înălţimea apofizei spinoase D.2.
37. PRO-ROU: la înălţimea apofizei superioare D.3.
38. KAO-ROANG: la înălţimea apofizei spinoase D.4.
39. CHENN-TRANG: la înălţimea apofizei spinoase D.5.
40. I-SI: la înălţimea apofizei spinoase D.6.
41. KO-KOANN: la înălţimea apofizei spinoase D.7.
42. ROUN-MENN: la înălţimea apofizei spinoase D.9.
43. IANG-KANG: la înălţimea apofizei spinoase D.10.
44. I-CHE: la înălţimea apofizei spinoase D.11.
45. OE-TSRANG: la înălţimea apofizei spinoase D.12.
46. ROANG-MENN: la înălţimea apofizei spinoase L.I.
47. TCHE-CHE: la înălţimea apofizei spinoase L.2.
48. PAO-ROANG: la nivelul găurii sacrate a II-a.
49. TCHE-PIENN: la nivelul găurii sacrate a III-a.
50. TCHERENG-FOU: la mijlocul pliului fesier.
51. INN-MENN: mijlocul feţei posterioare a coapsei, la jumătatea distanţei dintre pliul fesier şi pliul popliteu.
52. LEOU-TSRI: la 3 tr. d. deasupra mijlocului spaţiului popliteu, pe marginea internă a tendonului biceps crural, lunga porţiune.
53. OE-IANG: pe orizontala trecînd prin mijlocul spaţiului popliteu, la 1,5 tr. d. de extremitatea sa externă.
54. OE-TCHONG: la mijlocul spaţiului popliteu, pe pliu.
55. RO-IANG: la 2 tr. d. sub V.54.
56. TCHERENG-TSINN: în mijlocul grăsimii moletului, puţin sub pătrimea superioară a distanţei dintre interliniul tibio-femural — maleolă externă.
57. TCHERENG-CHANN: sub molet, pe verticala mijlocului spaţiului popliteu, la mijlocul distanţei dintre interliniul tibio-femural — maleolă externă.
58. FEI-IANG („Lo"): peroneu posterior, pe orizontala lui V.57 verticala marginii posterioare a maleolei externe.
59. FOU-IANG: între tendonul lui Achile şi marginea posterioară a peroneului, 3 tr. d. deasupra calcaneului.
60. KREOUN-LOUN: marginea superioară a calcaneului; la jumătatea distanţei dintre tendonul lui Achile şi maleola externă.
61. PROU-CHENN: la 1,5 tr. d. sub V. 60.
62. CHENN-MO: la 1,5 tr. d. sub maleola externă puţin înaintea ei.
63. TSIENN-MENN: la punctul de unire a calcaneului, astragalului şi cuboidului.
64. TSING-KOU (S): marginea externă a piciorului, în depresiunea din urma metatarsianului V.
65. CHOU-KOU (D): marginea externă a piciorului în urma şi puţin sub articulaţia metatarso-falangiană a degetului V.
66. TRONG-KOU: marginea externă a degetului V pe falange I aproape de articulaţia a II-a.
67. TCHEN-INN (T): la 1 mm în urma şi în afara unghiului ungheal extern al degetului al V-lea (cel mic).

**P.A.=punct de asentiment al meridianului indicat.

PLANȘA VIII



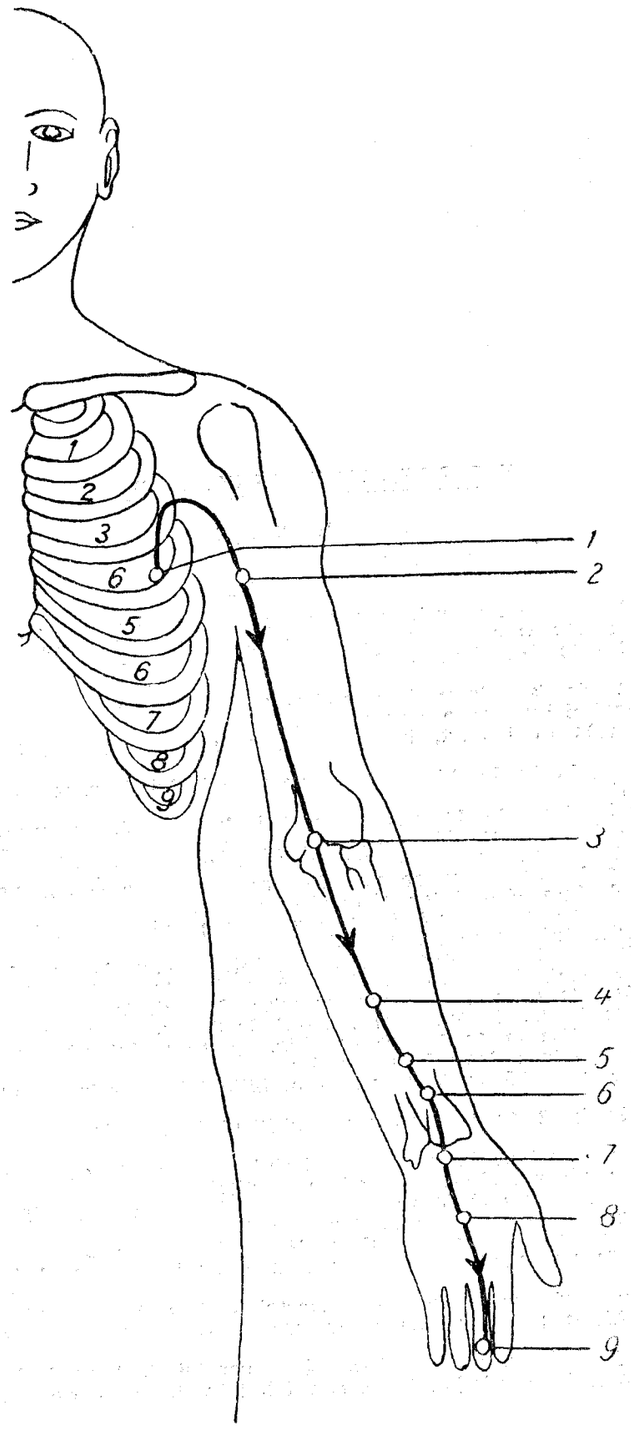
VIII. MERIDIANUL RINICHI (R)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. IONG-TSIUANN (D.I): în mijlocul fosei plantare formate prin plierea halucelui.
2. JENN-KOU (D.2): fața internă a piciorului, sub și înapoia scafoidului.
3. TCHAO-RAE (S): fața internă a piciorului, 1 tr. d. sub extremitatea inferioară a maleolei interne.
4. CHOE-TSIUANN: fața internă a piciorului, 1 tr. d. în urma maleolei interne, puțin deasupra marginii inferioare a calcaneului.
5. TRAE-TSRI (S): la 1 tr. d. în urma maleolei interne, marginea superioară a calcaneului.
6. TA-TCHONG („Lo"): la 1,5 tr. d. înapoia maleolei interne la marginea superioară a calcaneului.
7. TSIAO-TSINN (T): fața internă a gambei, la 3 tr. d. deasupra punctului mai proeminent al maleolei interne, 0,5 tr. d. în urma marginii posterioare a tibiei.
8. FOU-LEOU: pe marginea posterioară a tibiei, 3 tr. d. deasupra maleolei interne.
9. TSO-PINN: la 1 tr. d. în urma marginii posterioare a tibiei, 0,5 tr. d. deasupra semidistanței, maleolă internă — interliniu tibio-femural.
10. INN-KOU: partea posterioară internă a fosei poplitee pe pliul de flexie, marginea internă a tendonului semimembranosului.
11. RONG-KOU: marginea superioară a pubelui, 2 tr. d. lateral de simfiză.
12. TA-RO: la 2 tr. d. deasupra pubelui, 2,5 tr. d. lateral de linia mediană.
13. TSRI-TSIUNN: la 4 tr. d deasupra pubelui, 3 tr. d. lateral de linia mediană.
14. SE-MANN: la 5,5 tr. d. deasupra pubelui, la 3,5 tr. d. lateral de linia mediană.
15. TCHRONG-TCHOU: la tr. d. sub ombilic, 3,5 tr. d. lateral de linia mediană.
16. ROANG-IU: la 3 tr. d. lateral de ombilic.
17. CHANG-TSIOU: la 1,5 tr. d. deasupra ombilicului, marginea externă a marelui drept.
18. CHE-KOANN: la 3 tr. d. deasupra ombilicului, marginea externă a marelui drept.
19. INN-TOU: pe marginea internă a cartilajului ce unește coastele VIII-IX.
20. TRONG-KOU: pe marginea internă a cartilajului ce unește coastele VII-VIII.
21. IOU-MENN: puțin sub și în afara extremității apendicelui xifoid, pe marginea internă a cartilajului, nivelul unirii coastelor VI-VII.
22. POU-LANG: pe marginea sternului, spațiul V intercostal.
23. CHENN-FONG: pe marginea inferioară a coastei a IV-a 1 tr. d. lateral de stern.
24. LING-SU: pe marginea inferioară a coastei a III-a, 1 tr. d. lateral de stern.
25. CHENN-TSRANG: pe marginea inferioară a coastei a II-a 1 tr. d. lateral de stern.
26. ROU-TCHONG: pe marginea inferioară a coastei I, 1 tr. d. lateral de stern.
27. IU-FOU: pe marginea inferioară a claviculei, 1 tr. d. lateral de stern.

PLANȘA IX



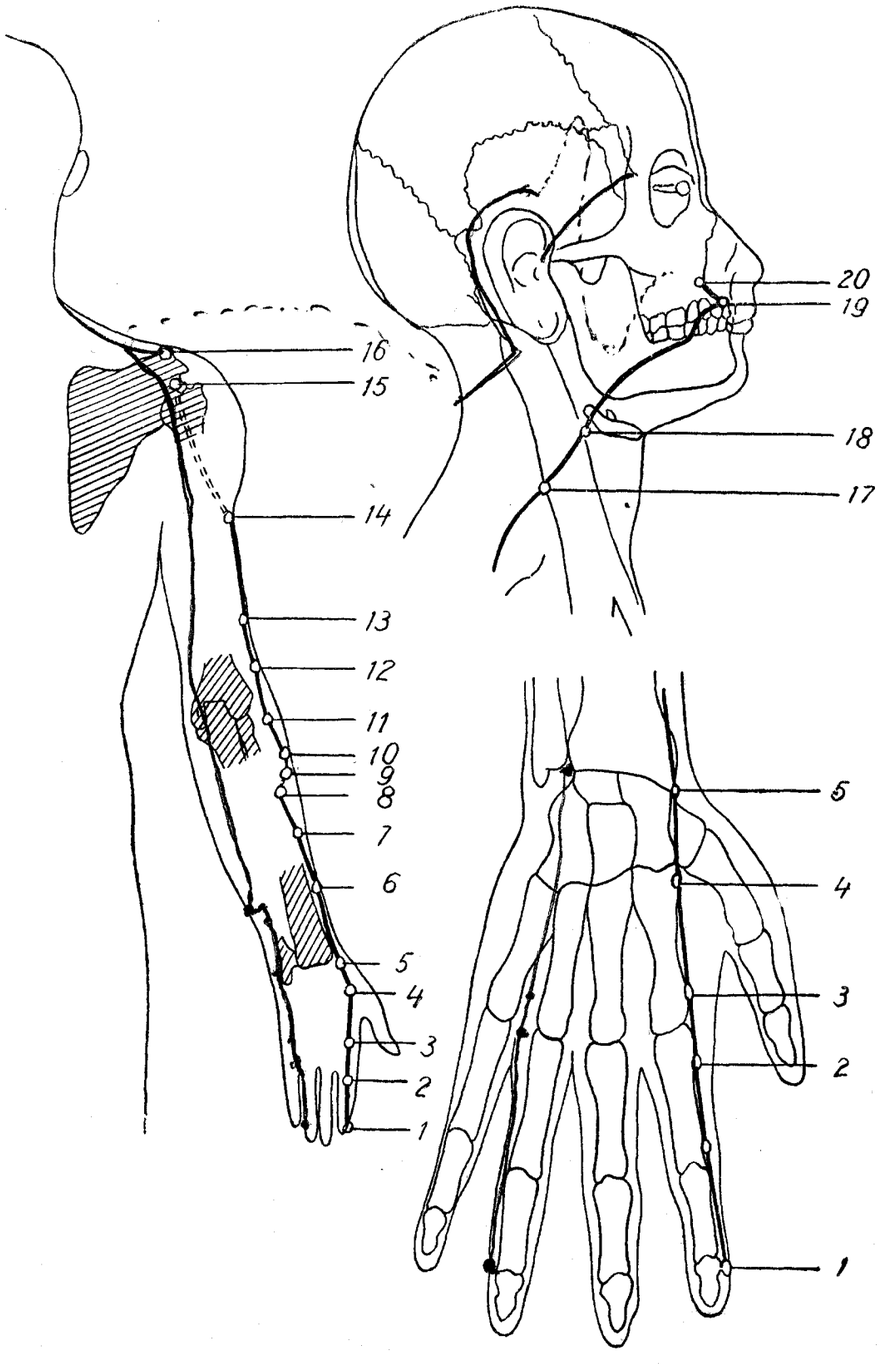
IX. MERIDIANUL VASE-SEX (V.S.)

(Traiectul extern)

(„Maître du coeur" sau meridianul Pericardului)
(după G. Soulié de Morant)

1. TIENN-TCHRE: 1 tr. d. în afara mamelonului, marginea superioară a coastei V.
2. TIENN-TSIUANN: marginea internă a bicepsului, puțin sub orizontala trecînd prin mamelon.
3. TSION-TSRE: pliul cotului, marginea internă a tendonului bicepsului.
4. TSRI-MEN: între radius și cubitus, puțin deasupra semidistanței dintre pliul cotului și pliul pumnului.
5. TSENN-CHE: mijlocul feței anterioare a antebrațului, 4 tr. d. deasupra pliului pumnului.
6. NEI-KOANN („Lo"): semilărgirea antebrațului la 2 tr. d. deasupra pliului pumnului între tendoane.
7. TA-LING (D și S): pe pliul de flexie al pumnului la semilărgimea sa.
8. LAO-KONG: mijlocul palmei marginea externă a metacarpianului III.
9. TCHONG-TCHRONG: la 2 mm înapoia și în afara unghiului ungheal extern al mediusului (partea policelui).

PLANȘA X



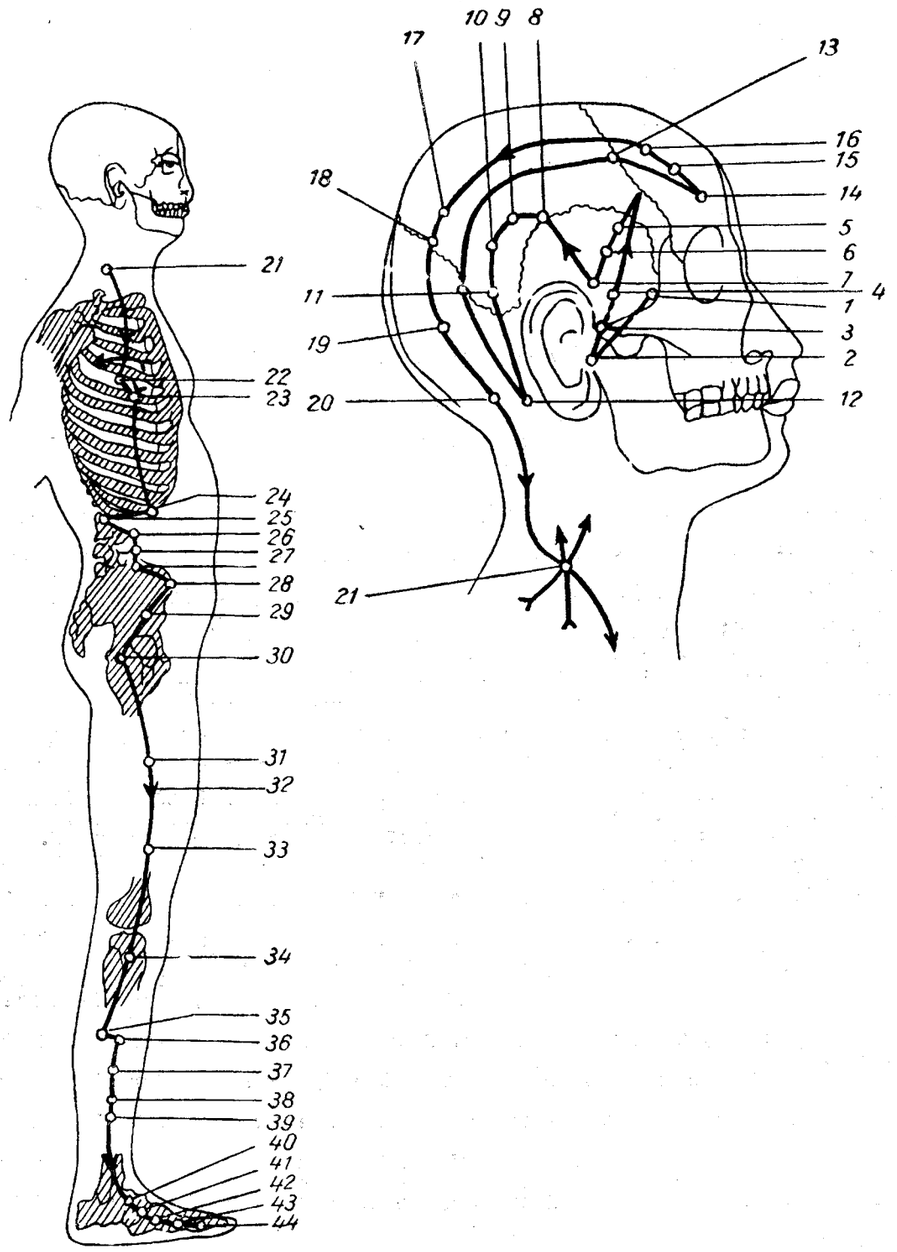
X. MERIDIANUL TREI FOCARE (T.F.)

(Traiectul extern)

(„Triple Rechaufeur")
(după G. Soulié de Morant)

1. KOANN-TCHRONG: la 2 mm înapoia și în afara unghiului ungheal extern al inelarului.
2. IE-MENN: mînă dorsal, între metacarpienele IV-V, aproape de articulația lor cu falangele.
3. TCHONG-TCHOU (T): între metacarpienele IV-V, înaintea articulației lor superioare.
4. IANG-TCHERE (S): fața dorsală a încheieturii pumnului, în depresiunea dintre capul metacarpianului IV — osul cu cîrlig.
5. OAE-KOANN („Lo"): antebraț dorsal, 2 tr. d. deasupra pliului pumnului, marginea cubitală a radiusului, mîna în supinație. În mișcarea de pronație, pe marginea radială a cubitusului.
6. ROE-TSONG: antebraț dorsal, la 4,5 tr. d. deasupra pliului pumnului, pe marginea cubitală a radiusului. În mișcarea de pronație pe marginea radială a cubitusului.
7. TCHE-KEOU: antebraț dorsal pe aceeași orizontală cu T.F.6, marginea radială a cubitusului. În mișcarea de pronație pe marginea internă a cubitusului.
8. SANN-IANG-LO: antebraț dorsal, 6 tr. d. deasupra pliului pumnului, ușor în afara lui T.F.6, aproape de linia mediană. În mișcarea de pronație aproape de marginea radială a cubitusului.
9. SE-TOU: antebraț dorsal, puțin în afara liniei mediane, la jumătatea distanței dintre osul cu cîrlig și extremitatea superioară.
10. TIENN-TSING (D): cot dorsal, extremitatea superioară a olecranului (antebrațul în extensie), 1 tr. d. deasupra lui (antebrațul în flexie).
11. TSRING-LENG-IUANN: antebrațul în extensie, 1 tr. d. deasupra olecranului.
12. SIAO-LO: braț dorsal, marginea inferioară a deltoidului, puțin în afara liniei mediane a brațului.
13. NAO-ROE: braț postero-extern, 3 tr. d. sub acromion, marginea posterioară a humerusului.
14. TSIEN-TSIAO: fața supero-externă a umărului, între acromion și tuberozitatea mare a humerusului.
15. TIENN-TSIAO: pe marginea antero-superioară a trapezului, la jumătatea distanței de la baza gîtului la vîrful scapulei.
16. TIENN-IOU: fața laterală a gîtului, puțin în urma marginii posterioare a sterno-cleido-mastoidianului, nivelul unghiului mandibulei.
17. I-FONG: în urma lobulului urechii, pe marginea anterioară a mastoidei, la 0,5 tr. d. deasupra extremității sale.
18. TCHRE-MO: pe craniu, la semiînălțimea urechii.
19. LOU-SI: pe craniu, 1 tr. d. deasupra lui T.F.18 (marginea pavilionului urechii, dat pe spate).
20. TSIO-SOUN: la nivelul părții ridicate a pavilionului urechii, la rădăcina părului.
21. EL-MENN: în fosa de dinaintea tragusului.
22. RO-TSIAC: înaintea urechii, la marginea superioară a arcadei zigomatice, în fosa formată prin deschiderea gurii.
23. SE-TCHOU-KONG: în fosă, deasupra și înapoia extremității externe a sprîncenei.

PLANȘA XI

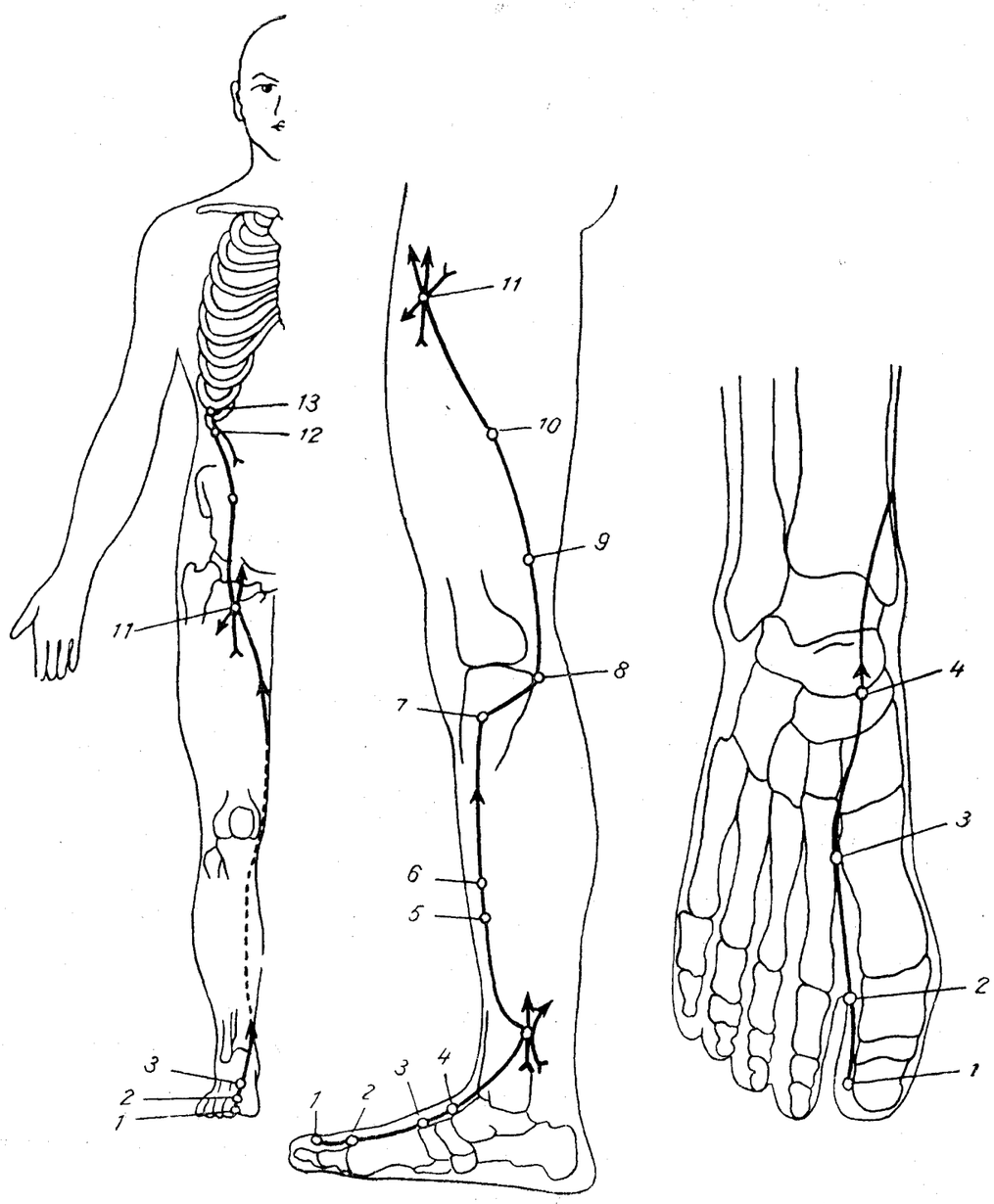


XI. MERIDIANUL VEZICULA BILIARĂ (V. B.)

(Traiectul extern)
(după G. Soulié de Morant)

1. TRONG-TSE-TSIAO: la 1 tr. d. în urma rebordului orbitar, pe marginea superioară a arcadei zigomatice.
2. TING-ROE: pe inserția antero-inferioară a lobului urechii.
3. KRO-TCHOU-JENN: pe marginea superioară a arcadei zigomatice, 1 tr. d. în urma mijlocului său.
4. RANN-IA: partea superioară a tîmplei, la punctul de pornire a suturii parieto-temporale.
5. SIUANN-LOU: la 3 tr. d. lateral de extremitatea sprîncenei, 2 tr.d. deasupra arcadei zigomatice.
6. SIUANN-LI: la 1 tr. d. înaintea rebordului anterior al urechii, 2 tr. d. deasupra arcadei zigomatice.
7. TSIOU-PING: la 1 tr. d. înaintea marginii anterioare a urechii, 3 tr. d. deasupra arcadei zigomatice.
8. CHOAE-KOU: pe craniu, 2 tr. d. deasupra marginii superioare a pavilionului urechii, puțin înaintea punctului său mai înalt.
9. PENN-CHEN: puțin înaintea suturii fronto-parietale, pe verticală, trecînd prin V.B. la 1/7d. deasupra lui V.B.8.
10. IANG-PAE: pe frontal, 2 tr. d. deasupra mijlocului marginii superioare a orbitei (verticala pupilei).
11. LINN-TSRI: pe frunte, la 4 tr. d. deasupra arcadei sprîncenoase, pe verticala marginii externe a orbitei.
13. TCHRENG-IANG: pe verticala punctului mai înalt al pavilionului urechii, 4 tr. d. lateral de linia mediană a craniului.
14. TCHRENG-LING: 4 tr. d. deasupra mastoidei, 4 tr. d. lateral de linia mediană.
15. TIENN-TCHRONG: pe verticala marginii posterioare a mastoidei, 1,5 tr. d. deasupra orizontalei trecînd prin punctul cel mai ridicat al pavilionului urechii.
16. FEOU-FAE: la 2,5 tr. d. în urmă și puțin dedesubtul punctului mai ridicat al pavilionului urechii.
17. OAN-KOU: pe vîrful apofizei mastoidei (puțin posterior).
18. TSIAO-INN: pe marginea posterioară a mastodei, orizontala trecînd prin fosa inferioară a tragusului.
19. NAO-KRONG: pe sutura parieto-occipitală, nivelul orizontalei vîrfului pavilionului urechii, 3 tr. d. lateral de linia mediană.
20. FONG-TCHRE: pe marginea laterală a trapezului, la orizontala vîrfului mastoidei, sub occipital.
21. TSIENN-TSING: fața laterală a gîtului, pe marginea laterală a trapezului, orizontala marginii superioare a cartilajului tiroid.
22. IUANN-IE: torace (brațul de-a lungul corpului), pe coasta a V-a, la marginea anterioară a fosei axilare.
23. TCHRE-TSINN: torace (brațul de-a lungul corpului), pe coasta a V-a, 2 tr. d. înăuntrul marginii anterioare a fosei axilare.
24. JE-IUE: margine inferioară a coastei a VI-a, verticala trecînd la 1 tr. d. lateral de linia mamelonului.
25. TSING-MENN: extremitatea liberă a coastei a XII-a.
26. TAE-MO: pe punctul culminant al crestei iliace.
27. OU-TCHROU: la 1 tr. d. sub creasta iliacă, pe verticala lui V.B.26.
28. OE-TAE: dedesubtul și puțin în urma spinei iliace antero-superioare.
29. TSIU-TSIAO: deasupra extremității superioare a marelui trohanter.
30 ROANN-TSIAO: pe partea cea mai proeminentă a marelui trohanter (în poziție șezîndă).
31. FONG-CHE: pe marginea anterioară a fasciei lata, la extremitatea mediusului, individul fiind în picioare, cu brațele de-a lungul coapsei.
32. SIA-TOU: la 1 tr. d. sub V.B.31.
33. IANG-KOANN: marginea posterioară a fasciei lata, la 4 tr. d. deasupra interliniului tibio-femural.
34. IANG-LING-TSIUANN: sub capul peroneului.
35. IANG-TSIAO: la mijlocul distanței dintre interliniul tibio-femural și extremitatea inferioară a maleolei externe, la 0,5 tr. d. de marginea posterioară a peroneului.
36. OAE-TSIOU: la înălțimea punctului precedent, puțin în urma lui.
37. KOANG-MING („Lo"): marginea anterioară a peroneului 7 tr. d. deasupra extremității inferioare a maleolei externe.
38. IANG-FOU (D): marginea anterioară a peroneului, 5 tr. d. deasupra maleolei externe.
39. SIUANN-TCHONG: marginea anterioară a peroneului, 4 tr. d. deasupra maleolei externe.
40. TSIOU-SIU (S): la mijlocul articulației calcaneocuboide.
41. LINN-TSRI: înaintea joncțiunii metacarpienelor IV—V, către al IV-lea.
42. TI-OU-ROE: în urma extremității distale a articulației metatarso-falangiene a degetului IV.
43. SIE-TSRI (T): la baza degetului IV extern.
44. TSIAO-INN: la 2 mm deasupra și în afara unghiului ungheal extern al degetului IV.

PLANȘA XII



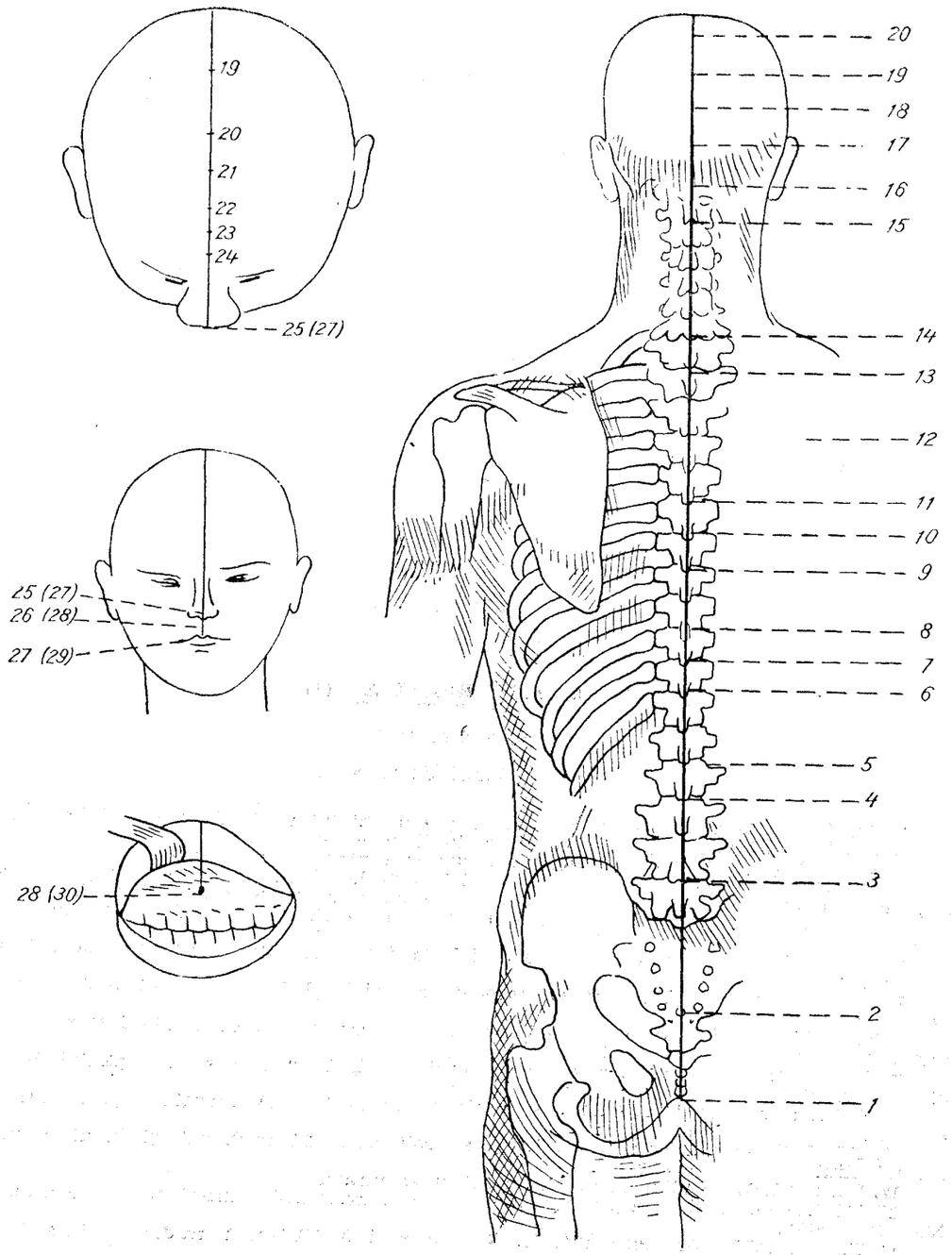
XII. MERIDIANUL FICAT (F)

(Traiectul extern)

(după G. Soulié de Morant)

1. TA-TOUN: la 2 mm în urma și în afara unghiului ungheal extern al halucelui.
2. SING-ETIEN (D): puțin în urma joncțiunii degetului I—II.
3. TRAE-TCHRONG (S): în unghiul superior dintre metatarsienele I—II.
4. TCHING-FONG: pe fața dorsală a piciorului la nivelul articulației astragal-scafoid, între tendoanele gambierului anterior și extensorul propriu al halucelui.
5. LI-CHEOU („Lo"): mijlocul feței interne a tibiei, 4 tr. d. deasupra maleolei interne.
6. TCHRONG-TOU: fața internă a tibiei, la jumătatea distanței: maleolă externă — platou tibial.
7. SI-KOANN: sub tuberozitatea internă a tibiei și înăuntrul tuberozității sale anterioare.
8. TSIOU-TSIUAN (T): puțin înaintea și deasupra pliului de flexie intern al genunchiului, pe tuberozitatea tibială, pe laba gîștei.
9. INN-PAO: marginea posterioară a croitorului, 5 tr. d. deasupra pliului intern al genunchiului.
10. OU-LI: la 3 tr. d. deasupra și puțin în afara lui F.9, marginea posterioară a croitorului.
11. INN-LIENN: marginea posterioară a croitorului, 1,5 tr. d. sub și în afara mijlocului pliului de flexie inghinal.
12. IANG-GHE: pe pliul inghinal, pe artera femurală.
13. TCHANG-MENN: marginea superioară a extremității anterioare a coastei a XI-a (flotantă).
14. TSRI-MENN: marginea inferioară a coastei a VIII-a, 1 tr. d. în afara liniei mamelonare.

PLANȘA XIII



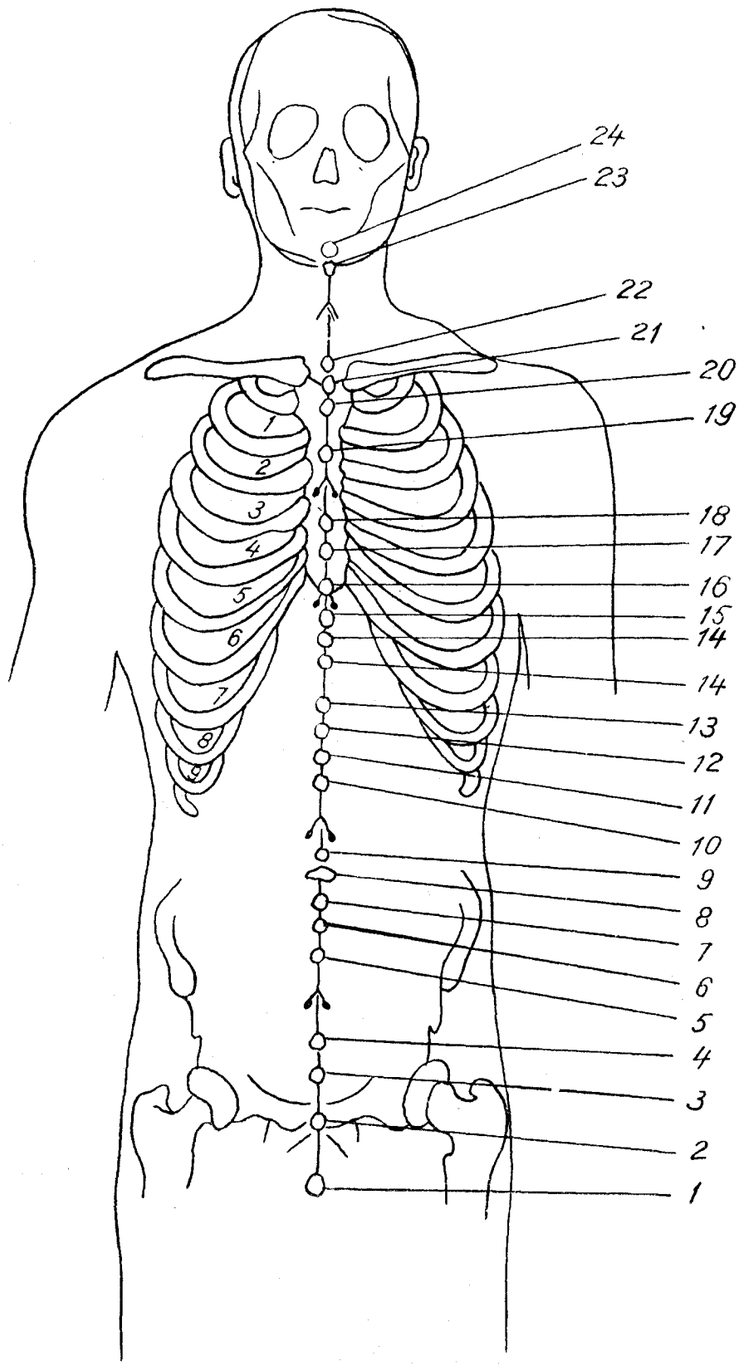
XIII. VASUL GUVERNOR (V.G.) SAU TOU-MO (T.M.)

(Traiectul principal)

(după Nguyen Van Nghi)

1. TCHIANG-TSIANG: sub vîrful coccisului.
2. IAO-IU: la nivelul articulației sacro-coccigiene.
3. IANG-KOANN: într-o fosetă, sub apofiza spinoasă a celei de-a IV-a vertebre lombare.
4. MING-MENN: într-o fosetă, sub apofiza spinoasă a celei de a II-a vertebre lombară.
5. IUANN-TCHOU: sub apofiza spinoasă a primei vertebre lombare.
6. TSI-TCHONG: sub apofiza spinoasă a celei de a XI-a vertebră dorsală.
7. TCHONG-SU: dedesubtul apofizei spinoase a celei de a X-a vertebră dorsală.
8. TINN-TCHOU: sub apofiza spinoasă a celei de a IX-a vertebră dorsală.
9. TCHI-YANG: sub apofiza spinoasă a celei de a VII-a vertebră dorsală.
10. LING-TAE: sub apofiza spinoasă a celei de a VI-a vertebră dorsală.
11. CHENN-TAO: sub apofiza spinoasă a celei de a V-a vertebră dorsală.
12. CHENN-TCHU: sub apofiza spinoasă a celei de a III-a vertebră dorsală.
13. THAO-TAO: sub apofiza spinoasă a primei vertebre dorsale.
14. TA-TOUI: într-o fosetă sub apofiza spinoasă a celei de a VII-a vertebră cervicală, deasupra primei vertebre dorsale.
15. IA-MENN: la ceafă, într-o fosetă la 1/2 d. de rădăcina părului, între cele 2 mari tendoane.
16. FONG-FOU: la ceafă, la 1 d. de rădăcina părului, într-o fosetă a marelui tendon chiar deasupra occiputului.
17. NO-FOU: pe linia mediană a regiunii occipitale, la 1.5 d. de punctul precedent.
18. TCHRANG-TCAENN: pe linia mediană a craniului, la 1 1/2 d. de punctul precedent.
19. CHAO-TING: în spatele vertexului. la 1 1/2 d. de punctul 20 (PAE-ROE).
20. PAE-ROE: la mijlocul craniului în vertex, la intersecția liniei mediane și a liniei care pleacă din axul vertical al urechilor într-o fosetă.
21. TCHING-TING: la 1 1/2 d. în fața lui PAE-ROE (20).
22. SEUN-ROE: la nivelul fontanelei, într-o fosetă, la 3 d. de PAE-ROE.
23. CHANG-SING: cu o d. înaintea punctului precedent, la o d. de rădăcina frontală a părului, într-o fosetă.
24. CHENN-TING: înainte cu 1/2 d. de punctul precedent.
25. (27). SO-LIOU: la nivelul vîrfului nasului.
26. (28) CHOE-KAO: într-o fosetă la nivelul șanțului nazo-labial, sub cloazonul nazal.
27. (29) TOE-TOAN: la extremitatea inferioară a șanțului nazo-labial, la contactul cu buza superioară, pe o proeminență.
28. GANN-TSIAO: pe gingie, în fosa dintre rădăcinile incisivilor mediani.

PLANȘA XIV



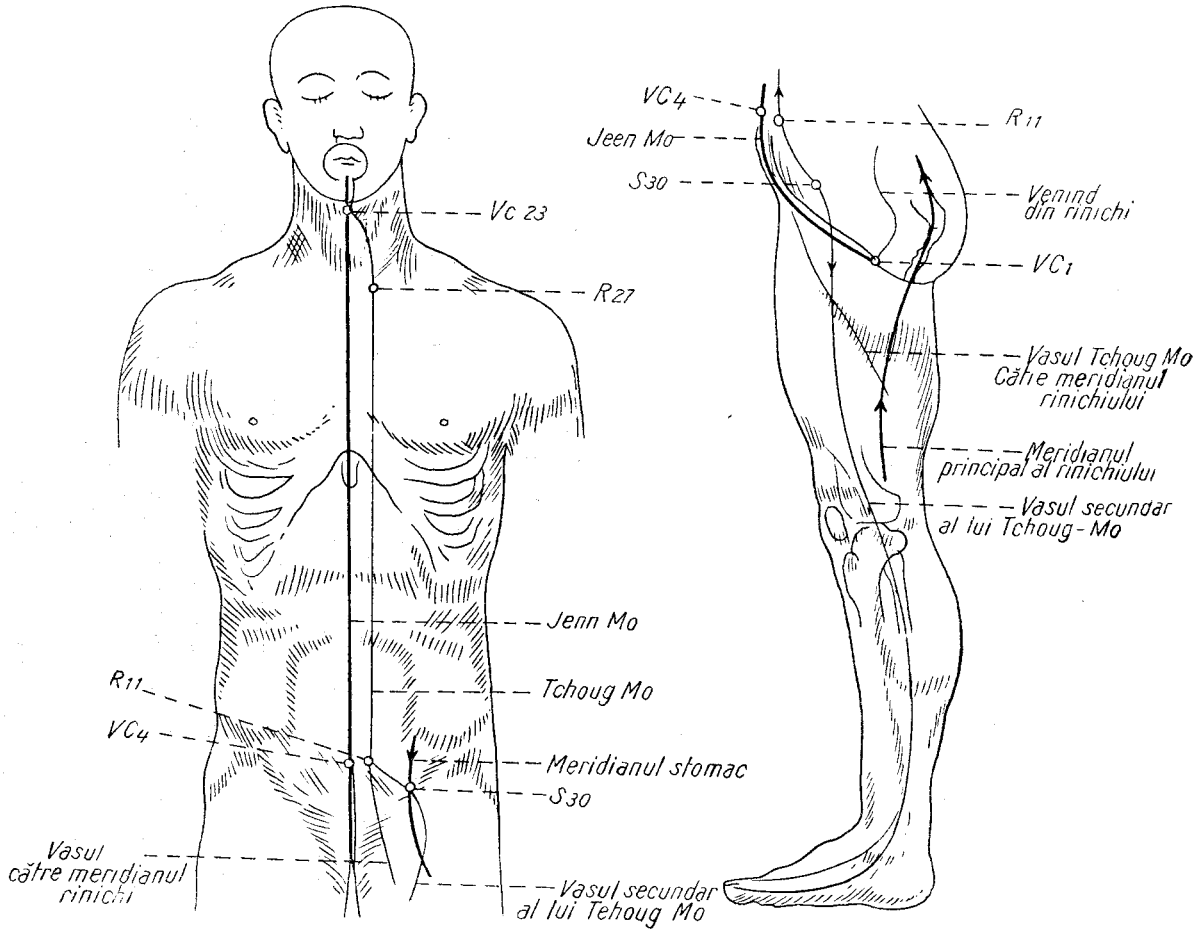
XIV. VASUL DE CONCEPȚIE (V.C) SAU JENN-MO (J.M.)

(Traiectul principal)

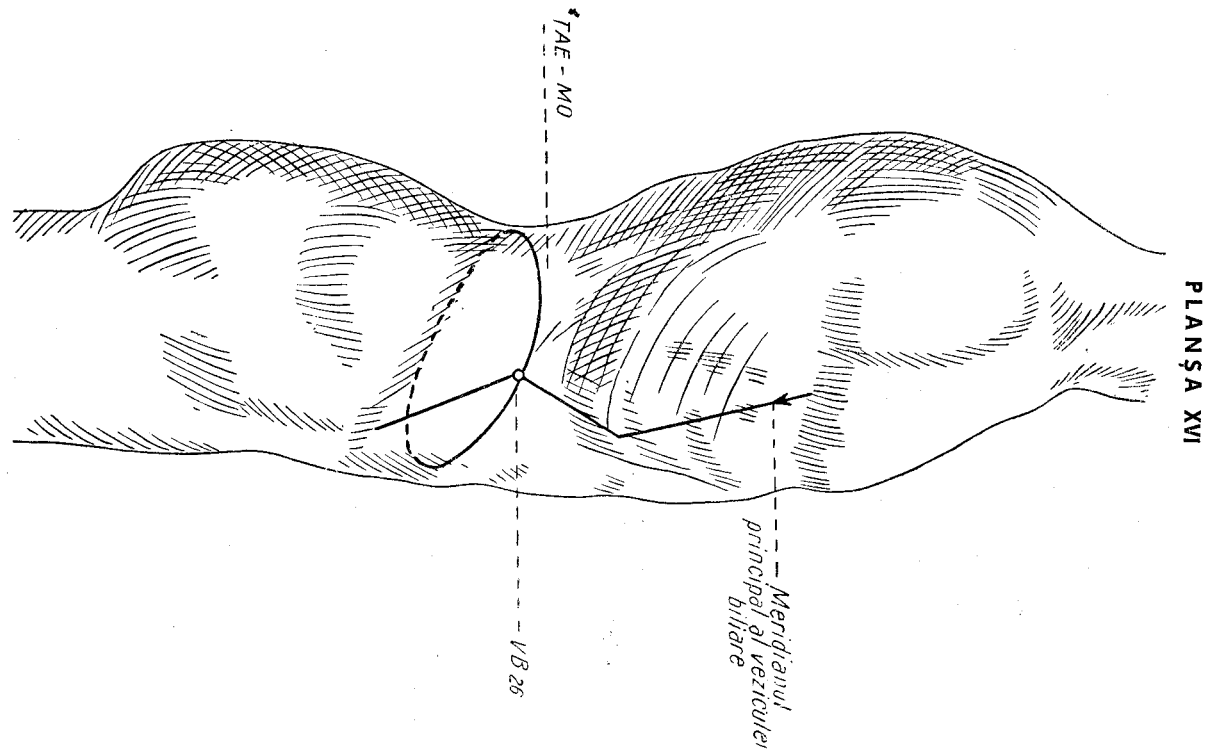
(după Nguyen Van Nghi)

1. ROE-INN: pe perineu, la semidistanța dintre marginea anterioară a anusului și originea scrotului. La femeie, la jumătatea distanței dintre anus și comisura posterioară a vulvei.
2. TSIOU-KOU: pe marginea superioară a pubelui.
3. TCHONG-TSI (P.H. al V): la 1,5 tr. d. deasupra pubelui.
4. KOANN-IUANN (P.H. al I.S.): la 1,5 tr. d. deasupra pubelui.
5. CHE-MENN (p.H. al T.F.): la 3 tr. d. sub ombilic.
6. TSRI-RAE: la 2 tr. d. sub ombilic.
7. INN-TSIAO: la 1 tr. d. sub ombilic.
8. CHENN-KOANN: în mijlocul ombilicului.
9. CHOR-FENN: la 1 tr. d. deasupra ombilicului.
10. SIA-KOANN: la 3 tr. d. deasupra ombilicului.
11. TSIENN-LI: la 4 tr. d. deasupra ombilicului.
12. TCHONG-KOANN (p.H. digestiv al T.F. și S): la 5 tr. d. deasupra ombilicului (jumătatea distanței ombilic-xifoid).
13. CHANG-KOANN: la 7 tr. d. deasupra ombilicului (orizontala porțiunii mai inferioare a coastei a VII-a).
14. TSIU-KOANN (p.H. al C): la 1 tr. d. sub vîrful xifoidului.
15. TSIOU-OE: vîrful apendicelui xifoid.
16. ECHONG-TING: pe interliniul sterno-xifoidian.
17. TRANN-TCHONG: nivelul spațiului IV intercostal.
18. IU-TRANG: Nivelul spațiului III intercostal.
19. TSRE-KONG: nivelul spațiului II intercostal.
20. ROA-KAE: nivelul primului spațiu intercostal.
21. SIUANN-TSI: marginea superioară a sternului.
22. TIENN-TROU: la 1 tr. d. deasupra sternului.
23. LIERR-TSIUANN: pe marginea superioară a laringelui.
24. TCHRENG-TSIANG: pe marginea superioară a fosei mentoniere.

PLANȘA XV



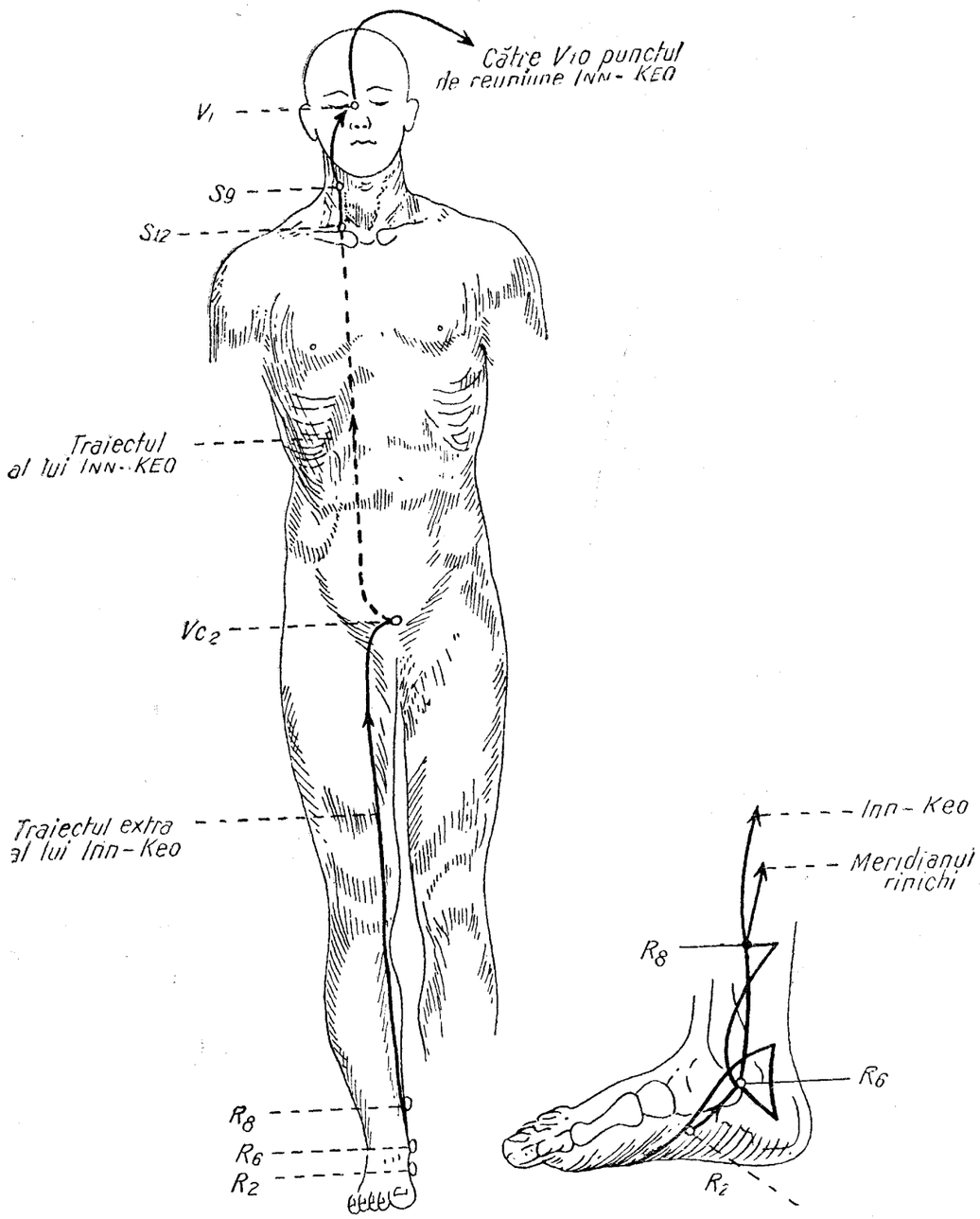
XV — Tchong-Mo („vasul strategic") (după G. Soulié de Morant)



XVI — Tae-Mo („vasul centură") (după G. Soulié de Morant)

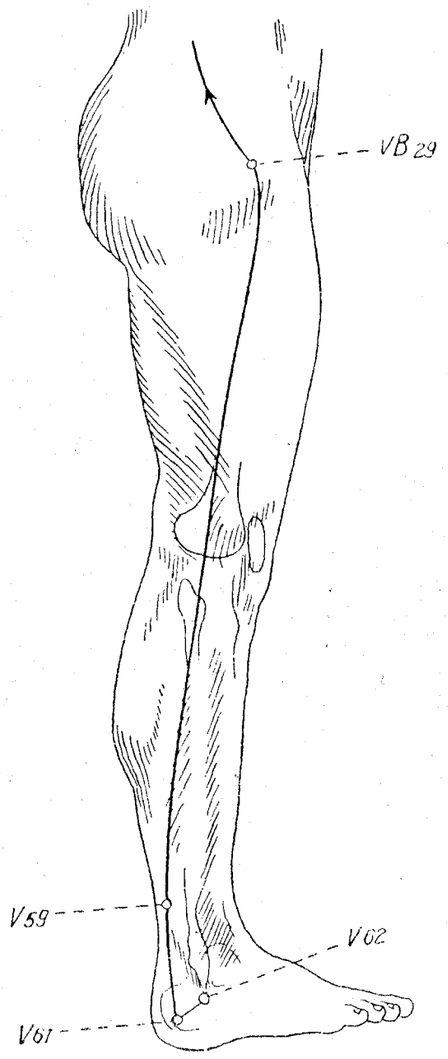
PLANȘA XVI

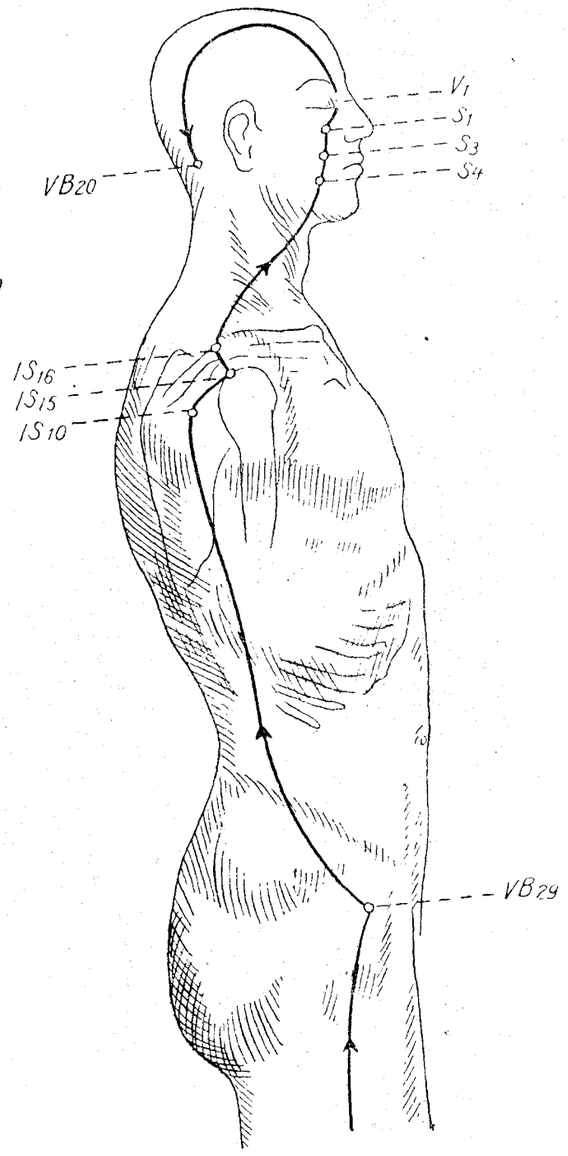
PLANȘA XVII



XVII — Inn-Keo („vasul forței și mișcării" — „vasul călcîiului")
(după G. Soulié de Morant)

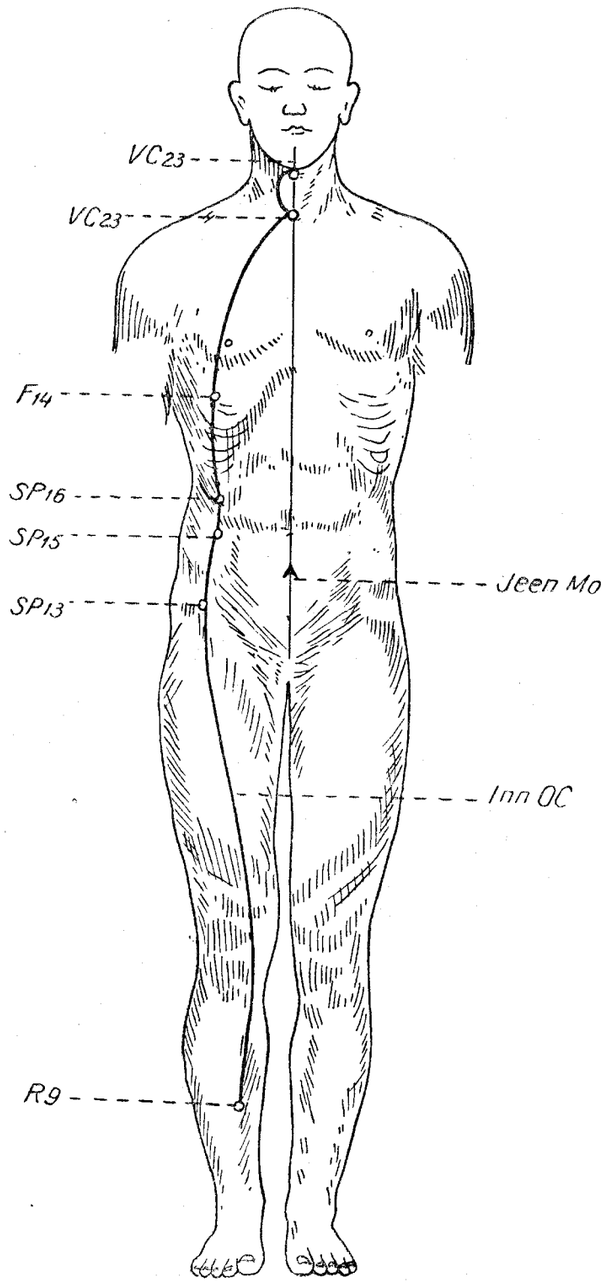
PLANȘA XVIII





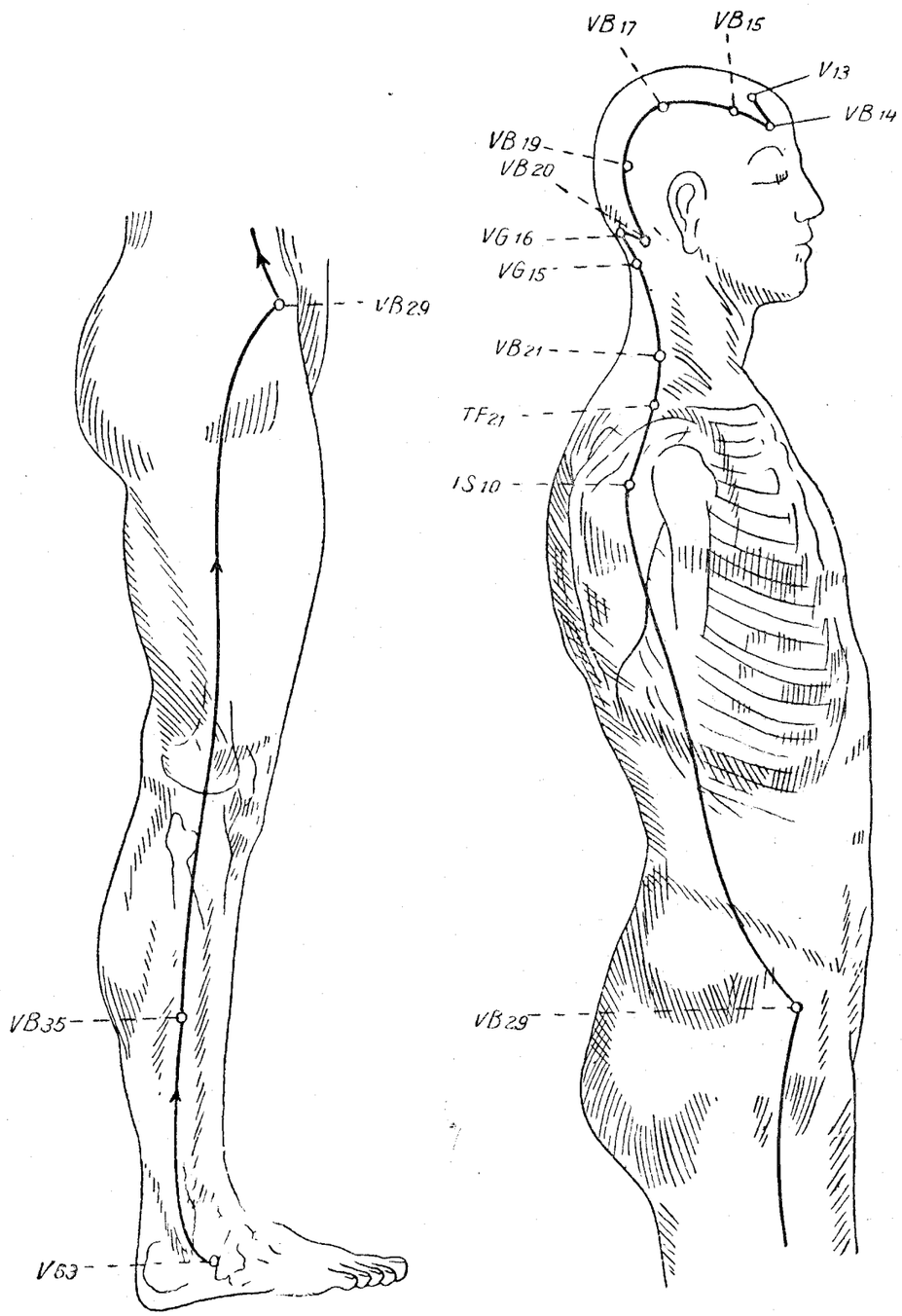
XVIII — Yang-Keo („vasul Yang al mișcării și forței")
(după G. Soulié de Morant)

PLANȘA XIX



XIX — Inn-Oe („vasul Inn de legătură") (după G. Soulié de Morant)

PLANȘA XX



XX — Yang-Oe („vasul Yang de legătură") (după G. Soulié de Morant)

EDITURA MEDICALĂ

Lei 9